



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

## Prevenção da Úlcera por Pressão Contributos da Enfermagem de Reabilitação

Margarida Maria Figueiredo Ferreira



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

## Prevenção da Úlcera por Pressão Contributos da Enfermagem de Reabilitação

Margarida Maria Figueiredo Ferreira

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação:

Professora Doutora Salete Soares

Professora Doutora Maria José Fonseca

Junho de 2019

Escola Superior de Saúde

## RESUMO

**Introdução:** A prevenção da úlcera por pressão tem assumido uma importância significativa, como forma de reduzir o impacto negativo quer no doente, quer no custo dos cuidados de saúde. A úlcera por pressão é um indicador da qualidade dos cuidados e da segurança do doente e a sua prevenção é indicada como um dos objetivos estratégicos delineados pelo Ministério da Saúde

**Objetivos:** Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem na área da prevenção da úlcera por pressão numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

**Metodologia:** Trata-se de um trabalho de projeto. No diagnóstico de situação realizamos um estudo quantitativo, descritivo e observacional. Os dados foram colhidos junto de 32 enfermeiros a quem foi aplicado um questionário que inclui uma parte que permite a caracterização sociodemográfica e socioprofissional da população, bem como avaliar as atitudes (através da Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument) e os conhecimentos dos enfermeiros (através da Escala Pressure Ulcers Knowledge Assessment Tool). Foram observadas as práticas dos enfermeiros recorrendo a uma grelha de observação.

**Resultados:** As atitudes dos enfermeiros são positivas na dimensão “Importância”, “Confiança na eficácia”, “Responsabilidade” e “Competências Pessoais”. A atitude menos positiva verificou-se na dimensão “Obstáculos/Barreiras” que impedem uma prevenção eficaz da UP. A avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros na área da “avaliação de risco”, “nutrição”, e “etiologia da UP” obteve resultados positivos. No entanto, no presente estudo foi possível evidenciar que existe um défice de conhecimentos sobre as *guidelines* na área da prevenção da UP, mais acentuados na área “quantidade de pressão e forças de torção”, “classificação e observação da UP”, e na “duração da pressão e das forças de torção”. De acordo com estes resultados, foram definidos os objetivos do projeto e planeadas as atividades: Ação de formação – Prevenção de UP em Cuidados Intensivos; Ação de formação – Posicionar para Prevenir; Ação de sensibilização – STOP UP e Monitorização da implementação das boas práticas na prevenção de UP.

**Conclusão:** A ação de formação – Prevenção de UP em Cuidados Intensivos, foi realizada em março de 2019 e os resultados do seu impacto imediato revelam um elevado nível de satisfação dos participantes com a ação, mencionando terem melhorado os seus conhecimentos.

A atividade Monitorização da implementação das boas práticas na prevenção de UP, foi iniciada em maio e os primeiros resultados indicam práticas de cuidados mais coerentes com o preconizado nas *guidelines*.

A reavaliação das atitudes e conhecimentos dos enfermeiros participantes através dos questionários utilizados na fase de diagnóstico será efetuada em novembro, sendo que avaliação final do projeto será efetuada um ano após a sua implementação, através dos resultados da monitorização da implementação das boas práticas e a avaliação da taxa de incidência de UP.

**Palavras chave:** Úlcera por pressão; Cuidados Críticos; Prevenção Primária; Conhecimentos, atitudes e prática em saúde; Cuidados de enfermagem.

## ABSTRACT

**Introduction:** Pressure ulcer prevention has assumed a significant importance as a way to reduce the negative impact on the patient but also on the cost of health care. Pressure ulcer is an indicator of the quality of patient care and safety and its prevention is indicated as one of the strategic goals outlined by the Ministry of Health.

**Goals:** To contribute to the improvement of nursing care in the area of pressure ulcer prevention in a Multipurpose Intensive Care Unit.

**Methodology:** This is a project work. In the situation diagnosis we performed a quantitative, descriptive and observational study. The data were collected from 32 nurses who had a questionnaire that includes a part that allows the sociodemographic and socio-professional characterization of the population, as well as assess the attitudes (through Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument) and the nurses' knowledge (through Pressure Ulcers Knowledge Assessment Tool). Nurses' practices were observed using an observation grid.

**Results:** Nurses' attitudes are positive in the dimensions of "Importance", "Trust in effectiveness", "Responsibility" and "Personal Competencies". The least positive attitude has been in the dimension "Obstacles / Barriers" which prevent an effective PU prevention. The evaluation of nurses' knowledge in the area of "risk assessment", "nutrition", and "etiology of PU" obtained positive results. However, in the present study it was possible to show that there is a lack of knowledge about the guidelines in the area of PU prevention, more pronounced in the area of "pressure quantity and torsional forces", "PU classification and observation" and "length of pressure and torsional forces". According to these results, the objectives of the project were defined and the activities planned: Training action - Prevention of UP in Intensive Care; Training Action - Positioning to Prevent; Awareness Action – "STOP UP" and Monitoring of the implementation of good practices in the prevention of PU.

**Conclusion:** The training action - Prevention of PU in Intensive Care was carried out in March 2019 and the results of its immediate impact reveal a high level of participants' satisfaction with the action, mentioning that they have improved their knowledge. The activity Monitoring of the implementation of good practices in the prevention of PU was initiated in May and the first results indicate practices of care more coherent with the one recommended in the guidelines.

The reassessment of the attitudes and knowledge of the participating nurses through the questionnaires used in the diagnostic phase will be done in November, and the final evaluation of the project will be carried out one year after its implementation, through the results of monitoring the implementation of good practices and the evaluation of the PU incidence rate.

**Keywords:** Pressure ulcer; Critical Care; Primary Prevention; Knowledge, attitudes and practice in health; Nursing care.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos, Ana, Miguel e Samuel pela força que me transmitiam nas palavras “tu vais conseguir mãe!”;

Ao meu marido por todo o apoio/paciência nesta caminhada;

Aos meus pais por serem um modelo para mim;

Às minhas irmãs Carmo, Marlene, Filomena e à tia Dores pela mão sempre amiga;

A toda a equipe da UCIP que sempre demonstrou disponibilidade para colaborar neste projeto e com quem tenho o gosto de trabalhar;

À Professora Salete Soares e à Professora M<sup>a</sup> José Fonseca pelo incentivo dado desde o primeiro dia;

A todos aqueles (e são muitos) que me apoiaram e acreditaram que era possível alcançar os objetivos a que me propus...

**O MEU MUITO OBRIGADO**

## PENSAMENTO

“Aqueles que passam por nós, não vão sós.  
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”  
Antoine de Saint-Exupéry



## ÍNDICE

RESUMO.....	ii
ABSTRACT .....	iv
AGRADECIMENTOS.....	vi
PENSAMENTO.....	vii
ÍNDICE .....	viii
ÍNDICE DE QUADROS.....	xi
ÍNDICE DE TABELAS.....	xii
SIGLAS.....	xiii
INTRODUÇÃO.....	14
PARTE I.....	16
1 – ÚLCERA POR PRESSÃO: O ESTADO DA ARTE .....	17
1.1 – Classificação da Úlcera por Pressão.....	18
1.2 – Prevalência e Incidência da Úlcera por Pressão .....	20
2 – PREVENÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO .....	23
2.1 – Fatores de risco e avaliação de risco .....	24
2.2 – Avaliação e cuidados com a pele e tecidos.....	28
2.3 – Nutrição .....	30
2.4 – Terapêutica de posição / Reposicionamento.....	33
2.5 – Superfícies de apoio .....	35
3 – ATITUDES E CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO.....	41
4 – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO COMO FORMADOR NA ÁREA DA PREVENÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO .....	48
PARTE II – METODOLOGIA DE PROJETO .....	51
1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....	53
1.1 – Meio / Contexto.....	53
1.2 – Instrumentos e procedimento de recolha de dados.....	54
1.3 – Apresentação e análise dos resultados.....	56
1.3.1 – Caracterização Sociodemográfica da amostra .....	57
1.3.2 – Caracterização Socioprofissional .....	57
1.3.3 – Formação e conhecimentos sobre as úlceras de pressão .....	59

1.3.4 – Atitudes dos enfermeiros na prevenção das úlceras de pressão .....	60
1.3.5 – Conhecimento da amostra sobre prevenção de úlceras por pressão .....	63
1.3.6 – Práticas dos enfermeiros na prevenção da UP .....	70
1.4 – Discussão dos resultados .....	72
2 – DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS .....	77
3 – PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES .....	78
4 – EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES .....	86
5 – AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES .....	88
6 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	93
CONCLUSÃO .....	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	96
ANEXOS .....	106
Anexo A – Escala Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument (APU-PT) .....	107
Anexo B – Autorização para a utilização das Escalas APU-PT e PUKAT .....	110
Anexo C – Escala Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool (PUKAT) .....	112
Anexo D – Questionário de avaliação de satisfação da formação .....	118
APÊNDICES .....	120
Apêndice A – Questionário e escalas utilizadas (APU-PT e PUKAT) .....	121
Apêndice B – Grelha de Observação .....	130
Apêndice C – Formação “Prevenção da Úlcera por Pressão em Cuidados Intensivos” .....	132
Apêndice D – Consentimento Informado .....	148

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Superfícies de apoio (Adaptado de Reis (2014)).....	37
<b>Figura 2</b> - Hammock Effect (Adaptado de Reis (2014)).....	37
<b>Figura 3</b> - Fases da metodologia do trabalho de projeto. ....	52

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Características clínicas da desnutrição grave no contexto de doença aguda (White [et al.], 2012).....	31
<b>Quadro 2</b> - Atitudes que refletem a importância da intervenção dos enfermeiros na prevenção das UP .....	61
<b>Quadro 3</b> - Atitudes acerca da atribuição da responsabilização da prevenção das UP ...	61
<b>Quadro 4</b> - Atitudes acerca dos fatores que impedem uma prevenção eficaz das UP .....	62
<b>Quadro 5</b> - Atitudes que dizem respeito à importância e impacto de uma prevenção eficaz nas UP.....	62
<b>Quadro 6</b> - Atitudes relativas às capacidades individuais na prevenção das UP .....	63
<b>Quadro 7</b> - Caracterização da amostra quanto às atitudes perante a prevenção da UP .	63

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Síntese de estudos sobre prevenção de UP .....	42
<b>Tabela 2</b> - Distribuição da amostra de acordo com o género e a idade .....	57
<b>Tabela 3</b> - Experiência profissional como enfermeiro/enfermeiro em UCIP .....	57
<b>Tabela 4</b> - Habilitações académicas dos enfermeiros.....	58
<b>Tabela 5</b> - Distribuição dos enfermeiros por Especialidade, Pós-Graduações e Mestrado .....	59
<b>Tabela 6</b> - Formação dos enfermeiros na área da prevenção da UP .....	60
<b>Tabela 7</b> - Etiologia e Desenvolvimento de UP - Distribuição das respostas .....	64
<b>Tabela 8</b> - Classificação e Observação - Distribuição das respostas.....	65
<b>Tabela 9</b> - Avaliação de Risco - Distribuição das respostas.....	66
<b>Tabela 10</b> - Nutrição - Distribuição das respostas .....	67
<b>Tabela 11</b> - Medidas preventivas: redução da quantidade de pressão e forças de torção - Distribuição das respostas .....	67
<b>Tabela 12</b> - Medidas preventivas: redução da duração da pressão e das forças de torção - Distribuição das respostas .....	69
<b>Tabela 13</b> - Percentagem de respostas corretas por área de conhecimento .....	70
<b>Tabela 14</b> - Resultados da observação das práticas dos enfermeiros pré ação educacional .....	71
<b>Tabela 15</b> - Análise SWOT do trabalho de projeto.....	75
<b>Tabela 16</b> - Avaliação da formação por parte dos participantes - Avaliação Global.....	89
<b>Tabela 17</b> - Avaliação da formação por parte dos participantes - Avaliação do Impacto da Formação .....	89
<b>Tabela 18</b> - Avaliação da formação por parte dos participantes - Avaliação do Formador .....	90
<b>Tabela 19</b> - Resultados da observação das práticas dos enfermeiros pós ação educacional .....	91

## SIGLAS

AHRQ	Agency for Healthcare Research Quality
APU-PT	Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument
ASPEN	Academy of Nutrition and Dietetics Malnutrition Work Group
CI	Cuidados Intensivos
EEE	Enfermeiro Especialista em Enfermagem
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Pane
OE	Ordem dos Enfermeiros
PAVM	Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
PPPIA	Pan Pacific Pressure Injury Alliance
PUKAT	Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool (PUKAT)
SA	Superfícies de apoio
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UP	Úlcera por Pressão

## INTRODUÇÃO

A Úlcera por Pressão (UP) é um indicador da qualidade dos cuidados e da segurança do doente e é indicada como um dos objetivos estratégicos delineados pelo Ministério da Saúde, no Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020, como resposta a orientações europeias sobre segurança no sistema de saúde. Este plano pretende, que em cinco anos “(...) 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementem práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão” e “reduzir em 50% face a 2014 o número de úlceras de pressão adquiridas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde (...)” (Despacho nº 1400-A/2015, 2015, p. 3882).

Assim, a implementação do referido programa requer um maior envolvimento dos profissionais de saúde, e tem como principal objetivo, potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança na prestação de cuidados de saúde prestados aos cidadãos (Despacho nº 5613/2015, 2015, p.13552).

A UP além de constituir um indicador da qualidade dos cuidados de saúde, é também um problema de saúde pública que acarreta sofrimento e diminuição da qualidade de vida das pessoas e seus cuidadores, podendo mesmo levar à morte. A UP e o erro de medicação estão entre os eventos adversos mais comuns que afetam o sistema de saúde na Inglaterra (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2017)

Os custos devido ao dano provocado no doente e suas consequências são bastante significativos, sendo que relatórios da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (2017) estimam que 15% das despesas e atividades hospitalares podem ser atribuídas ao tratamento de falhas de segurança.

Apesar da considerável falta de dados sobre poupanças potenciais em cuidados de saúde, um estudo recente identifica a UP como um importante dano evitável à pessoa. Embora o custo para a prevenção e o tratamento difiram significativamente dependendo dos métodos de cálculo de custos, os resultados revelam que os custos para tratar UP severas são substancialmente superiores aos custos da prevenção (Demarré [et al.], 2015).

Os custos em tratar uma úlcera por pressão no Reino Unido variam de £ 1214 a £ 14 108 por ano (Dealey, Posnet e Walker, 2012). Em 2008, o desenvolvimento de UP em pessoas hospitalizados, foi considerado um acontecimento adverso nos Estados Unidos. O Federal Center for Medicare and Medicaid Services deixou de reembolsar hospitais cujas pessoas tivessem adquirido UP categoria III e IV no hospital. Provavelmente, tal facto, levou ao aumento exponencial da investigação na área da prevenção da UP (Cox e Schallom, 2017).

Em Portugal, os cuidados e dispositivos de prevenção da UP representam 11,4 % da investigação de enfermagem na área da UP (Grupo Associativo de Investigação em Feridas, 2016).

Advindas da prática clínica, surgiram algumas inquietações que levaram à formulação da seguinte questão de investigação: **Quais os conhecimentos, as atitudes e as práticas dos enfermeiros na área da prevenção da úlcera por pressão na unidade de cuidados intensivos de um Hospital da zona norte do país?**

A metodologia de trabalho de projeto tem como objetivo principal a resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização desse mesmo projeto, numa situação real (Ruivo [et al.], 2010). Assim, pretende-se com base nesta metodologia fazer um diagnóstico de situação que contextualiza quer os conhecimentos quer as práticas dos enfermeiros na prevenção de UP, numa unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de um hospital da zona norte do país e face aos resultados intervir no sentido de contribuir para a excelência de cuidados nestas unidades, tendo por objetivo geral contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem na área da prevenção de UP numa UCIP.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem um papel importante na formação dos pares e deste modo a investigadora entende que é da sua responsabilidade contribuir para consciencializar os enfermeiros para a prevenção de UP.

O trabalho encontra-se dividido em dois capítulos. No primeiro capítulo aborda-se a classificação, prevalência e incidência da UP. Ainda no primeiro capítulo alude-se à prevenção da UP no que se refere a fatores e avaliação de risco, avaliação e cuidados com a pele, nutrição, terapêutica de posição e superfícies de apoio. Termina-se o primeiro capítulo com as atitudes e os conhecimentos dos enfermeiros na área da prevenção da UP e a importância do EEER como formador da equipe de enfermagem. No segundo capítulo é apresentada toda a fase metodológica do presente trabalho projeto e umas breves considerações éticas. Termina-se com a conclusão do estudo, com base nos resultados obtidos.



## PARTE I

## 1 – ÚLCERA POR PRESSÃO: O ESTADO DA ARTE

A definição de UP, ao longo dos anos tem sofrido constantes atualizações, sendo que a última ocorreu em abril de 2016, em que a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) substituiu o termo Úlcera por Pressão (UP) pela terminologia Lesão por Pressão. Em Portugal a terminologia Lesão por Pressão ainda não foi adotada, pelo que utilizaremos a terminologia UP.

O NPUAP fundado em 1986, é uma organização norte-americana sem fins lucrativos, dedicado à prevenção e ao tratamento de UP, composta por especialistas em UP e líderes de diferentes áreas da saúde, que tem como missão emitir recomendações para o desenvolvimento de políticas públicas, de educação e pesquisa, visando a melhoria dos resultados na prevenção e tratamento das UP.

O European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e a Japanese Society of Pressure Ulcers utilizaram o modelo do NPUAP para criar as suas organizações. O NPUAP e o EPUAP junto com a Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) publicaram, em 2014, a última versão das Diretrizes Internacionais sobre Úlcera por Pressão, adotadas em todo o mundo, com adaptações para as realidades específicas de cada país.

O NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014, p.14) definem Úlcera por Pressão como:

Lesão localizada da pele e /ou tecido adjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. As úlceras por pressão também estão associadas a vários fatores contribuintes ou de confusão, cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p.88) define UP como um foco de atenção, descrito como “dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada”.

A nova terminologia Lesão por Pressão não foi ainda aceite pela EPUAP, pelo que ainda não se encontra em vigor em Portugal. Segundo o NPUAP, a expressão Lesão por Pressão descreve de forma mais precisa esse tipo de lesão. No sistema prévio do NPUAP, a categoria I e a Lesão do Tecido Profundo descreviam lesões em pele intacta enquanto as outras categorias descreviam lesões abertas. Isso causava confusão porque a definição de cada um dos estágios referia-se à UP. Além dessa mudança, na nova proposta, os algarismos árabes passam a ser empregados na nomenclatura das categorias ao invés dos romanos. O termo “suspeita” foi removido da categoria Suspeita de Lesão do Tecido Profundo. Durante o encontro do NPUAP, outras definições de lesões por pressão foram

acordadas e adicionadas: Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico e Lesão por Pressão em Membrana Mucosa. A título de curiosidade apresenta-se a definição de Lesão por Pressão apresentada pela NPUAP (2016), traduzida e adaptada culturalmente para o Brasil por Caliri [et al.] (2016, p.1):

Dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico. A lesão pode apresentar-se como pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela condição do doente.

Tal como a definição de UP, também a sua classificação tem sofrido alterações ao longo do tempo. De seguida apresenta-se a classificação das mesmas.

### **1.1 – Classificação da Úlcera por Pressão**

A classificação das úlceras por pressão deve ser realizada, segundo a EPUAP/NPUAP/PPPIA (2014), através da denominação “Categoria” ou “Grau”, variando de I a IV. Não pode haver regressão de categoria/grau da UP mesmo quando esta está a cicatrizar. Quando tal acontece, a UP poderá ser classificada com a mesma categoria/grau, mas com a adenda “em cicatrização”. Para além destas categorias/graus, a EPUAP/NPUAP/PPPIA (2014) também refere a existência de UP não graduáveis/inclassificáveis e a suspeita de lesão nos tecidos profundos (para ambos os casos, quando a profundidade é indeterminada).

Em Portugal, a classificação da UP também se baseia na orientação do EPUAP/NPUAP/PPPIA (2014), que a classifica como:

#### **Categoria/Grau I: Eritema Não branqueável:**

Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento; a sua cor pode ser diferente da pele da área circundante. A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. A Categoria/Grau I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. Pode ser indicativo de pessoas “em risco” (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014, p. 13).

A UP de categoria/grau I mantêm a integridade cutânea, no entanto não têm uma resposta capilar que as acompanhe, indicando comprometimento do tecido nessa região.

### **Categoria/Grau II: Perda Parcial da Espessura da Pele:**

Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho-rosa sem tecido desvitalizado. Pode também apresentar-se como flitena fechada ou aberta preenchida por líquido seroso. Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem tecido desvitalizado ou equimose (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014, p. 13).

Segundo as mesmas entidades, esta Categoria/Grau não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada à incontinência, maceração ou escoriações. A presença de equimose é um indicador de uma suspeita de lesão nos tecidos profundos.

### **Categoria/Grau III: Perda Total da Espessura da Pele:**

Perda total da espessura dos tecidos. O tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas os ossos, tendões ou músculos não estão expostos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado, mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados. Podem ser cavitadas e fistuladas (idem, p.14).

Dependendo da localização, a profundidade de uma UP de Categoria/Grau III pode variar. Assim, a asa do nariz, as orelhas, a região occipital e os maléolos não têm tecido subcutâneo e as úlceras de Categoria/Grau III podem ser superficiais. Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem originar úlceras por pressão de Categoria/Grau III extremamente profundas.

### **Categoria/Grau IV: Perda total da espessura dos tecidos:**

Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou dos músculos. (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014, p. 14).

Em algumas partes do leito da ferida, pode aparecer tecido desvitalizado (húmido) ou necrose (seca). Frequentemente são cavitadas e fistuladas. À semelhança das UP de categoria III, a profundidade de uma UP de Categoria/Grau IV varia de acordo com a localização anatómica. Uma úlcera de Categoria/Grau IV pode atingir o músculo e/ou as estruturas de suporte (como seja: fáscia, tendão ou cápsula articular).

### **Úlcera de Pressão Inclassificável/Não graduável:**

Perda total da espessura dos tecidos, na qual a base da úlcera está coberta por tecido desvitalizado (amarelo, acastanhado, cinzentos, verde ou castanho) e/ou necrótico (amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida. (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014, p. 14).

Assim nesta UP, até que seja retirado o tecido desvitalizado e/ou necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade e, por conseguinte, a verdadeira Categoria/Grau, não podem ser definidos. Recomenda-se que na presença de um tecido necrótico (seco, aderente, intacto e sem eritema ou flutuação) não seja removido, pois atuará como “penso (biológico) natural”.

### **Suspeita de lesão nos tecidos profundos: Profundidade Indeterminada**

Área vermelha escura ou púrpura localizada em pele intacta e descolorada ou flitena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente resultantes de pressão e/ou cisalhamento. (NPUA/EPUAP/PPPIA, 2014, p. 14).

Na área pode ser observado tecido doloroso, firme, mole, húmido, mais quente ou mais frio comparativamente ao tecido adjacente. Em indivíduos de pele escura, a lesão dos tecidos profundos pode ser difícil de identificar. A evolução destas UP pode incluir uma flitena de espessura fina sobre o leito de uma ferida escura. A ferida pode evoluir ficando coberta por uma fina camada de tecido necrótico.

Como já foi referido, a NPUAP introduziu a classificação de Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico e Lesão por Pressão em Membrana Mucosa, que não foi adotada, até à data em Portugal.

## **1.2 – Prevalência e Incidência da Úlcera por Pressão**

A epidemiologia da UP varia entre países, a área onde a pessoa se encontra internada (lares, internamentos hospitalares, unidades de cuidados intensivos, domicílios) e o método de recolha de dados. Apesar da prevenção das úlceras por pressão serem alvo das políticas e das práticas dos profissionais, encontram-se elevados valores de prevalência e incidência por todo o mundo (mesmo em países desenvolvidos), o que pode sugerir uma lacuna entre o conhecimento científico e a aplicação clínica do mesmo (Pini, 2012).

A nível internacional têm-se realizado múltiplos estudos de prevalência e incidência, que evidenciam a dimensão do problema, no entanto, existem diferenças significativas entre eles o que se poderá dever a diferentes métodos de cálculo dos indicadores, bem como a diferentes critérios de inclusão e exclusão utilizados nos estudos.

O primeiro estudo europeu multicêntrico de prevalência de UP foi realizado em 2001, pela EPUAP, sendo Portugal um dos países estudados, tendo-se observado uma taxa de prevalência de 12,5% de UP (Afonso [et al.], 2014). A taxa de prevalência de UP em Portugal, difere entre as diferentes áreas assistenciais. Afonso [et al.] (2014) citando Costeira (2006) refere que em meio hospitalar a taxa de prevalência apresenta valores de 17,4% em medicações, 7,1% em cirurgias e 15,3% nas urgências. Em 2007, ocorreu a validação nacional da escala de Braden para Portugal, sendo que, após a implementação da referida escala a prevalência desceu de 31,3% para 19,3%. Em 2012 foi realizado um estudo sobre prevalência de UP em hospitais da região norte de Portugal, no qual se concluiu que a taxa de prevalência geral de UP se situa nos 16,5% (Maia, 2012). Em Portugal, Morais (2015) num estudo com mais de 1000 doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital da zona norte do país, relata uma taxa de prevalência de 19,3%. Num estudo internacional, Vangilder [et al.] (2017), refere que a prevalência de UP entre doentes em UCI varia de 5% a 30%, sendo que esses números diminuíram nas últimas duas décadas.

Em Espanha, Garcia-Fernandez [et al.] (2014), referem taxa de incidência de UP em UCI de 24,2%. Por sua vez, Ahtiala (2018), num estudo retrospectivo que envolveu 4899 doentes internados numa UCI de um hospital finlandês, refere uma taxa de incidência de 8,1%. Em Portugal, Morais (2015) relata uma taxa de incidência de UP de 11,4% numa UCI de um hospital da zona norte do país. Em 2014, Torres desenvolveu um estudo descritivo-correlacional, onde identificou uma taxa de incidência de UP associada a dispositivos médicos de 11,6%, num hospital português.

Um estudo efetuado por Xiaohong [et al.] (2017), revelou taxas de prevalência de UP em cuidados intensivos que variam entre 13,1% nos EUA e 45,3% na China, sendo que a taxa de incidência varia entre 3,3% em uma amostra em 2 hospitais na Alemanha, para 53,4% em hospitais de ensino chineses.

Em 2018, a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos desenvolveu um estudo, denominado DecubICUs, onde pretendeu determinar a prevalência de UP em doentes internados em UCI. O estudo envolveu noventa e dois países, sendo que várias UCI portuguesas participaram no estudo, no entanto, os resultados do referido estudo não são, ainda, conhecidos.

Relativamente aos locais mais comuns para o aparecimento de UP, Bauer (2016) num estudo retrospectivo realizado nos Estados Unidos verificou que as áreas mais comuns para o aparecimento de úlcera por pressão foram: a região lombar/sacro (47%), nádegas (17%), calcanhar (14%), trocânter (5%) e outros locais (9%). Morais (2015), no seu estudo sobre

fatores determinantes da UP na pessoa em situação crítica, numa UCI portuguesa, verificou que a localização mais prevalente foi o sacro (51,5%), seguindo-se o calcâneo (9,6%), o nariz (6,9%), a nádega (6,1%) e o trocânter (5%), o que vai de encontro com aos resultados obtidos por Bauer.

A Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ) relata que 2,5 milhões de indivíduos são afetados por úlceras por pressão, e mais de 60 000 pacientes nos Estados Unidos morrem a cada ano como resultado direto de UP (Bauer, 2016).

De acordo com o NPUAP, verifica-se uma variação entre os 400 euros e os 56 mil euros por tratamento de UP. Estes custos não incluem os custos humanos, relacionados com a dor, a debilidade, a baixa qualidade de vida e nomeadamente a ameaça de vida. Assim torna-se premente que os profissionais de saúde possuam conhecimentos na área da prevenção da UP e que as instituições de saúde implementem programas de prevenção de úlceras de pressão. No capítulo seguinte aborda-se as *guidelines* mais recentes na área da prevenção da UP.

## 2 – PREVENÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO

São inúmeros os estudos que confirmam a importância de iniciativas que conduzam à prevenção da úlcera por pressão (UP), de forma a reduzir o impacto negativo da UP quer no doente, quer no custo dos cuidados de saúde. A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) atendendo à magnitude da problemática da UP, formou um painel de peritos em prevenção de UP que desenvolveram um manual de boas práticas para a UP a serem implementadas pelos profissionais de saúde, visando diminuir a sua incidência.

Em 2014, o NPUAP juntamente com o EPUAP e a PPPIA elaboraram um Guia de Consulta onde estão definidas *guidelines* para a prevenção de UP. Uma das razões apontadas por Tayyib e Coyer (2016) para a falha na diminuição da taxa de incidência de UP nas unidades de cuidados intensivos (UCI), é o fato de não ser considerada prioridade (por parte das instituições de saúde e profissionais de saúde) a implementação de *guidelines* baseadas em evidência.

Para Dellefield e Magnabosco (2014) a baixa utilização de instrumentos de avaliação de risco, falta de *guidelines* que cheguem a todo o pessoal, a falta de implementação das *guidelines*, o registo de dados que não é compatível com o previsto nas *guidelines*, a falta de tempo para a prevenção, a falta de enfermeiros, a falta de apoio da família dos doentes e a falta de supervisão clínica por parte de superiores, contribuem para o insucesso das políticas de prevenção de UP.

Várias instituições, começaram a elaborar protocolos de prevenção de UP, baseados na evidência científica, para serem utilizados pelos seus profissionais com vista a diminuir o impacto da UP para o doente e para a própria instituição. Em 2015, Anderson [et al.], avaliaram a eficácia da implementação de uma *bundle* de prevenção de UP numa UCI americana, baseada na evidência científica mais recente. Constataram que a taxa de incidência de UP após a implementação da *bundle* de prevenção passou de 15,5% para 2,1%. Para os autores, uma *bundle* de cuidados pode ser constituída por várias “medidas”, que devem ser realizadas continuamente ao doente. A *bundle* não está a ser aplicada corretamente quando o profissional de saúde seleciona apenas uma ou duas medidas pois esta é pensada como um sistema maior que a soma das suas partes, ou seja, só quando as intervenções são realizadas simultaneamente a *bundle* pode atingir o seu efeito máximo.

As *guidelines* emitidas pela NPUAP, EPUAP e PPPIA em 2014, assentam em cinco itens essenciais: a avaliação estruturada do risco, a avaliação e cuidados com a pele e tecidos, a nutrição, o reposicionamento/terapêutica de posição e as superfícies de apoio. Em seguida aborda-se cada um dos cinco itens essenciais para a prevenção da UP.



## 2.1 – Fatores de risco e avaliação de risco

Apesar dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes ao desenvolvimento das UP ainda não estarem totalmente esclarecidos, existem diversas variáveis já descritas que podem ser consideradas (Pini, 2012). A fisiopatologia da UP descreve quatro mecanismos sobre os tecidos moles em resposta a carga mecânica: a isquemia localizada, o fluxo deficitário do fluido intersticial e drenagem linfática, a lesão de reperfusão e deformação celular persistente (Alves [et al.], 2014).

Vários fatores intrínsecos e extrínsecos contribuem para o desenvolvimento de UP. Os fatores intrínsecos não podem ser controlados nem pelo doente, nem pelo prestador de cuidados. Como fator intrínseco numera-se a: imobilidade, diminuição da tolerância tecidual, alterações cutâneas, hipotensão / perfusão tecidual, medicação vasopressora, sensibilidade reduzida, dor, idade, incontinência e percepção sensorial alterada. No entanto, as úlceras de pressão na sua maioria, são causadas por fatores extrínsecos, como sejam: pressão, cisalhamento / torção, fricção / atrito e microclima. Destes fatores, o mais agressivo é a pressão, mas quando combinados tornam-se extremamente ofensivos para a pele e tecidos, contribuindo para aumentar a extensão da lesão (EPUAP/NPUAP, 2009).

A definição de UP pelo NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014) destaca a compreensão atual do papel de fatores extrínsecos no desenvolvimento de UP. A pressão, que muitas vezes está relacionada com a mobilidade reduzida/imobilidade, tem sido visto como fator extrínseco mais importante. No entanto, recentes pesquisas revelam que as forças de cisalhamento, fricção e o microclima também tem papéis importantes, sendo que estes fatores se interrelacionam. Por exemplo, pressão e cisalhamento estão intimamente ligados e a fricção tem um papel no desenvolvimento de cisalhamento (International Review, 2010).

As forças de cisalhamento, têm origem na interação da gravidade com a fricção, exercendo forças paralelas na pele. É o que ocorre quando a cabeceira da cama é elevada acima de 30°, na qual o esqueleto tende a escorregar, obedecendo a força da gravidade, mas a pele permanece no lugar (Rogenski, 2014).

Fatores como a fricção e as forças de torção e deslizamento agravam os efeitos da pressão. As forças de torção e as forças tenses constituem os denominados “stresses internos”. Estas forças surgem mesmo quando só é aplicada a pressão, causando deformação (torção) e alongamento (tensão) da pele e tecidos moles, em especial junto às proeminências ósseas onde estas forças são mais intensas e os tecidos mais frágeis. (International Review, 2010).

As forças de torção são forças tangenciais e paralelas à pele que causam deformação das células, e surgem muitas vezes associadas à pressão. A fricção consiste no roçar de uma superfície sobre outra. Esta contribui para o desenvolvimento de forças de torção ao manter a pele na posição em que se encontrava enquanto internamente, e por ação da gravidade, as estruturas se movem. Por outro lado, as forças de torção também podem ser originadas pela aplicação de uma força de pressão que vai comprimir os tecidos e distorcê-los (International Review, 2010). A deformação dos tecidos ocorre quando as camadas tecidulares se movem em sentidos distintos, levando à perda de conectividade entre elas, enfraquecendo-os.

Alterações do estado da pele (como a maceração) potenciam os efeitos da fricção levando mais rapidamente à lesão. A fricção também pode causar torção no tecido celular subcutâneo junto às proeminências ósseas (International Review, 2010).

As medidas de redução destas forças podem ser obtidas através de posicionamentos e transferências adequados, bem como, pelo uso de têxteis com baixo coeficiente de fricção (NPUAP/EPUAP e PPPIA, 2014).

Outro fator de risco que contribui para o desenvolvimento de UP é o denominado microclima. Este é descrito pela influência da temperatura, humidade da pele e pela circulação do ar na interface entre a superfície de apoio e a pele (International Review, 2010). São vários os autores que investigam o microclima, que só agora parece esclarecer melhor os seus pressupostos (humidade, temperatura e circulação do ar). O controlo dos níveis de calor e de humidade da superfície da pele constitui uma intervenção de prevenção de UP, pois impede o aumento da temperatura da pele, reduzindo o consumo metabólico (Reis, 2014).

Na pessoa em situação crítica, os fatores de risco presentes são múltiplos e não podem ser estudados individualmente (Coleman [et al.], 2013). Esta diversidade de fatores, como o grau de dependência e as limitações associadas ao ambiente e ao doente (instabilidade hemodinâmica; restrição de movimentos por longos períodos; uso de sedativos e analgésicos, que dificultam a mobilidade do doente ou limitam a sua perceção sensorial), dificultam a avaliação do risco e contribuem para o aumentar do mesmo (Gomes [et al.], 2011). Outros fatores de risco a serem considerados em UCI são as co-morbilidades, o tempo de internamento, a presença de ventilação mecânica, o uso de sedativos (com a diminuição da perceção sensorial associada), a circulação comprometida devido à imobilidade, a falência de órgãos, entre outros (Cooper, 2013; Krupp e Monfre, 2015).

A relação entre o uso de vasopressores e o aparecimento de UP é estatisticamente significativa, segundo Krupp e Monfre (2015). No entanto, os estudos não incluem de forma

consistente variáveis como a relação entre o aparecimento de UP e a dose de vasopressores, duração do tratamento e uso simultâneo de múltiplos vasopressores. A condição nutricional constitui outro fator de risco, sendo que um dos indicadores de malnutrição em UCI é o nível baixo de albumina ou pré-albumina, devendo alertar para o risco de desnutrição, que associado aos outros fatores de risco em UCI, se torna particularmente grave (Cooper, 2013). Outra particularidade das UP em ambiente crítico é o facto de que 10% destas estão associadas a dispositivos médicos (Cooper, 2013), sendo os dispositivos médico que mais frequentemente provocam UP os tubos oro-traqueais e os dispositivos para os fixar, colares cervicais, cânulas de traqueostomia (que, com a presença de secreções, contribuem para a maceração da pele, conjuntamente com a pressão exercida) e máscaras para ventilação não invasiva. Dever-se-á, portanto, utilizar estratégias de alívio de pressão ou redistribuição da mesma, para evitar o aparecimento de UP associadas a dispositivos médicos.

Num estudo retrospectivo, Morais (2015) constatou que valores analíticos como a hemoglobina baixa, proteína sérica baixa e albuminemia baixa estavam associados a maior desenvolvimento de UP em doentes internados em UCI. Verificou ainda uma relação estatística elevada entre valores de proteína C reativa e o desenvolvimento de UP.

Algumas das UP na pessoa internada em UCI são inevitáveis (Krupp e Monfre, 2015). Segundo os autores, existe consenso sobre a relação entre as UP não evitáveis e o status cardiopulmonar deficitário, instabilidade hemodinâmica, a elevação da cabeceira da cama acima dos 30°, o choque séptico, a anasarca, as queimaduras, a imobilidade, os dispositivos médicos, as lesões da espinal medula, os doentes terminais e a nutrição inadequada. Os condicionalismos associados à gravidade da patologia limitam frequentemente a mobilidade, restringindo o doente ao leito e provocando limitações nos posicionamentos para alívio da pressão.

Por outro lado, a evidência internacional indica que 95% das úlceras por pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco, no entanto é reconhecido que a utilização dessas práticas não é sistemática nas unidades de cuidados de saúde (Despacho nº 1400/2015).

A avaliação do risco de desenvolvimento de UP é fundamental para o planeamento e implementação de medidas que conduzam à sua prevenção e tratamento (Orientação nº17/2011, 2011). A utilização de escalas, juntamente com o juízo crítico são essenciais na avaliação do risco de desenvolvimento e na sua estratificação. As escalas permitem uma avaliação sistematizada e mensurável, permitindo auxiliar na identificação de doentes em risco de desenvolver UP (Alves [et al.], 2013).

Identificar os indivíduos em risco de desenvolver UP é o primeiro passo para a prevenção adequada, na medida em que permite reconhecer os indivíduos que necessitam de medidas preventivas. É também o método mais rentável economicamente (Garcia Fernández [et al.], 2014)

Existem mais de 50 escalas a nível mundial para a avaliação de risco de desenvolvimento de UP, sendo que em Portugal, a Escala de Braden foi traduzida e validada para a população portuguesa em 2001 (Ferreira [et al.], 2007). Em 2011, a DGS emite uma orientação para que seja efetuada a avaliação do risco de desenvolvimento de UP nos doentes, através da Escala de Braden “em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do doente” (Orientação nº17/2011,p. 1), sendo recomendada a sua reavaliação em *timings* diferentes consoante o local de internamento. Na UCI, bem como nos serviços de urgência, a reavaliação da mesma deve ser realizada a cada 24h ou sempre que haja uma alteração numa das sub-escalas.

A escala de Braden apresenta seis subescalas que avaliam os seguintes fatores de risco: a perceção sensorial, a humidade, a atividade, a mobilidade, a nutrição, a fricção e forças de deslizamento. A soma de cada uma destas subescalas traduz-se numericamente num valor entre 6 e 23, categorizando em “alto risco de desenvolvimento de UP” e “baixo risco de desenvolvimento de UP” (Orientação nº17/2011).

A NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014) referem que a avaliação do risco deve ocorrer com a maior brevidade possível (no máximo de 8 horas após a admissão do doente). Por sua vez, a DGS salienta que a avaliação de risco deve ser efetuada nas primeiras seis horas após a admissão. Para Lyder e Ayello (2008), a determinação do risco é fundamental para se proceder ao planeamento de cuidados em função das características do doente e do seu risco para desenvolver UP.

Segundo a NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014) é importante formar os profissionais de saúde de forma a obter uma avaliação de riscos rigorosa e fiável. A avaliação do risco deve ser repetida as vezes necessárias de acordo com a condição do doente, sendo que sempre que se verifique uma alteração significativa na condição do doente deve-se fazer nova reavaliação.

Recomenda-se uma “abordagem estruturada para a avaliação do risco, que seja refinada pelo juízo crítico e suportada pelo conhecimento dos principais fatores de risco” (EPUAP, NPUAP e PPPIA, 2014, p. 15). A abordagem estruturada da avaliação do risco deve incluir uma avaliação da atividade e mobilidade e a avaliação da condição da pele. A avaliação de risco deve ter em consideração os seguintes fatores de risco no desenvolvimento de

UP: indicadores nutricionais, fatores que afetam a perfusão e a oxigenação, humidade da pele, idade avançada, fricção e forças de torção, perceção sensorial, estado geral de saúde e temperatura corporal (EPUAP, NPUAP e PPPIA, 2014).

Vários estudos têm sido realizados no sentido de perceber qual o instrumento de avaliação de risco de desenvolvimento de UP que melhor se adequa ao doente internado numa UCI.

Num estudo longitudinal, Ming [et al.] (2013) pretenderam comparar e validar as escalas de risco de úlcera de pressão de Braden e Cubbin & Braden em utentes chineses internados numa UCI, tendo sido simultaneamente utilizadas para colher dados de 139 utentes internados em UCI. Onze utentes (7,91%) desenvolveram úlceras de pressão. Baseado no valor limite de 16 pontos para a Escala de Braden e de 24 pontos para a Escala de Cubbin & Jackson, a sensibilidade, a especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo para a Escala de Braden foi de 91,7%, 63,0%, 19,0%, 98,8%, respetivamente, e 33,3%, 95,3%, 40,0%, 93,8% para a Escala de Cubbin & Jackson. Assim, a Escala de Braden revelou alta sensibilidade e previsão negativa, enquanto que a escala Cubbin & Jackson revelou alta especificidade.

Um outro estudo prospetivo analítico, observacional e longitudinal, foi realizado por Lima-Serrano [et al.] (2018), numa UCI em Espanha, com o objetivo de contribuir para a validação da escala de Braden para doentes internados em cuidados intensivos (CI), com base na análise da sua confiabilidade e validade preditiva. O estudo envolveu 335 doentes e concluiu que a escala de Braden mostra uma validade preditiva insuficiente e pouca precisão em doentes internados em UCI.

Instrumentos de avaliação de risco de UP, especificamente desenvolvidos para doentes internados em CI são utilizados noutros países, no entanto para Portugal, até ao momento nenhum desses instrumentos foi traduzido ou validado.

## **2.2 – Avaliação e cuidados com a pele e tecidos**

Para a NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014, p. 17), a avaliação da pele e dos tecidos é importante para “prevenir, classificar, diagnosticar e tratar úlcera por pressão”, nesse sentido consideram a avaliação completa da pele como parte integrante da avaliação de risco para o desenvolvimento de UP. Realçam, também a importância de formar os profissionais de saúde sobre como realizar uma avaliação completa da pele, que inclua as técnicas de identificação de respostas ao branqueamento, calor local, edema e induração (rigidez).

Quanto ao timing para a realização de uma avaliação completa da pele recomenda-se que:

- Logo que possível, mas dentro de um prazo máximo após a admissão do doente;
- Como parte integrante de todas as avaliações do risco, e de uma forma continua de acordo com a situação clínica e o grau de risco da pessoa;
- Antes do individuo ter alta (NPUAP, EPUAP e PPPIA, 2014).

A frequência de avaliação da pele deve ser maior quando se verifica uma deterioração do estado do doente. O momento do reposicionamento é uma oportunidade para inspecionar a pele quanto a áreas de eritema, sendo importante diferenciar a causa e o grau do eritema. Para distinguir um eritema branqueável de um eritema não branqueável podem utilizar-se dois métodos. O método de pressão com os dedos, em que com o dedo pressionamos sobre o eritema durante três segundos e o branqueamento é avaliado após a remoção do dedo, e o método do disco transparente, em que se utiliza um disco transparente para pressionar uniformemente uma área de eritema, podendo observar-se o branqueamento ou não sob o disco. Está contraindicado massajar a pele que esteja em risco de desenvolver UP. A presença de uma UP de categoria I aumenta em duas a três vezes a probabilidade de a UP avançar para UP categoria II, pelo que a pele dos doentes com UP categoria I deve ser monitorada de perto (NPUAP, EPUAP e PPPIA, 2014).

A inspeção da pele deve ter maior ênfase nas proeminências ósseas como o sacro, tuberosidades isquiáticas, trocânteres e calcâneos, sendo de considerar o uso de pensos de proteção para prevenir UP devido às forças de fricção e cisalhamento a que essas zonas anatómicas estão sujeitas (NPUAP, EPUAP e PPPIA, 2014).

Vários estudos têm demonstrado a eficácia dos pensos de proteção na prevenção de UP. Num estudo randomizado, envolvendo 449 doentes, Santamara [et al.] (2013) avaliaram a eficácia da utilização de pensos de espuma de silicone multicamadas na prevenção de UP na região da sacro e calcanhar em UCI quando aplicado no departamento de emergência. Concluíram que houve significativamente menos pacientes com úlcera por pressão no grupo de intervenção em relação ao grupo controle (5 versus 20,  $p = 0,001$ ). Isso representou uma diferença de 10% na incidência entre os grupos ( $3 \cdot 1\%$  versus  $13 \cdot 1\%$ ), concluindo que pensos de espuma silicone macio multicamadas são eficazes na prevenção de úlceras de pressão em doentes internados em cuidados intensivos quando aplicados no departamento de emergência antes da transferência para a UCI.

Os pensos de proteção devem possuir as seguintes características: capacidade de gerir o microclima, facilidade de aplicação e remoção, capacidade de avaliar regularmente a pele, adaptação à região anatómica e tamanho correto (NPUAP, EPUAP e PPPIA, 2014).

A utilização de tecidos tipo seda em vez de tecidos de algodão ou de mistura de algodão estão também indicados para reduzir as forças de fricção e cisalhamento (NPUAP, EPUAP e PPPIA, 2014).

Os ácidos gordos hiperoxigenados são um produto de uso tópico utilizado para prevenir UP e tratar UP de categoria I (Menoita, 2016).

Não se recomenda o uso de óxido de zinco para prevenção de UP, exceto se houver a presença do fator humidade, sendo que nesse caso é necessário clarificar se se trata de uma UP, uma lesão combinada ou lesão por humidade. Por vezes, as dermatites associadas à incontinência são frequentemente confundidas com UP, pelo que é essencial treinar os enfermeiros para a correta diferenciação entre dermatite associada à incontinência e UP (Voegeli, 2017). A limpeza excessiva da pele devido a diarreia pode danificar a barreira protetora da pele. Dispositivos de contenção fecal são uma maneira eficaz de prevenir danos à pele devido à ação da humidade e da enzima nos tecidos perianais (Voegeli, 2017).

Os enfermeiros, são indubitavelmente os profissionais de saúde que passam mais tempo em contacto direto com a pessoa, pelo que são fundamentais na avaliação e manutenção da integridade cutânea do mesmo.

### **2.3 – Nutrição**

O fornecimento de uma nutrição adequada ao doente internado em CI pode ajudar a prevenir o desenvolvimento de UP, bem como o seu agravamento. A otimização da nutrição pode ser considerada um ingrediente essencial na prevenção e cicatrização de UP. Entender a desnutrição da pessoa internada em UCI, o efeito da nutrição na cicatrização de feridas e a aplicação de diretrizes nutricionais baseadas em evidências são aspetos a atender em doentes com alto risco de UP (Cox e Rasmussen, 2014).

Segundo a NPUAP, EPUAP e a PPPIA (2014), deve-se efetuar um rastreio nutricional de cada indivíduo em risco de desenvolver ou com uma UP, no momento de admissão na instituição de saúde, sempre que se verifique uma alteração significativa da condição clínica e sempre que não se verificam progressos em termos de cicatrização da UP. Para a execução do rastreio nutricional deve ser utilizado um instrumento de rastreio nutricional válido e fiável.

A desnutrição no doente hospitalizado, tem sido associada ao desenvolvimento de UP (Banks [et al.] citado por Cox e Rasmussen, 2014), no entanto, a relação causal exata entre

nutrição e o desenvolvimento de UP permanece em grande parte desconhecida e pouco estudada (NPUAP e EPUAP, 2009).

Em doentes internados em CI, o papel da nutrição no desenvolvimento e tratamento de UP foi investigado em dois estudos. Theilla [et al.] (2007), num estudo que envolveu 100 doentes com lesão pulmonar aguda e por isso submetidos a ventilação mecânica aguda, verificou que o desenvolvimento de UP foi significativamente menor em doentes que receberam uma fórmula entérica enriquecida com micronutrientes, ácidos eicosapentaenóico e ácido  $\gamma$ -linolênico, do que em doentes que receberam uma fórmula entérica que não continha esses componentes nutricionais. Em 2012, Theilla [et al.], estudaram o impacto da nutrição na cicatrização de UP em doentes internados em CI e verificaram que as UP e a progressão de UP de categoria II foi significativamente menor em doentes que receberam uma fórmula de alimentação enriquecida com óleo de peixe, comparativamente a doentes que receberam uma fórmula de controle isocalórico.

Segundo a *Academy of Nutrition and Dietetics Malnutrition Work Group*, citado por White [et al.] (2012), em doentes críticos a desnutrição é definida no contexto de doença ou lesão aguda. Para ser considerado gravemente desnutrido, um doente deve ter duas das seis características identificadas no Quadro 1.

**Quadro 1** - Características clínicas da desnutrição grave no contexto de doença aguda (White [et al.], 2012)

Ingestão de calorias	$\leq 50\%$ das necessidades energéticas estimadas há mais de 5 dias
Perda de peso	> 2% numa semana; > 5% num mês; > 7.5% em três meses,
Gorduras	Perda moderada de gordura (tríceps, músculos intercostais)
Massa muscular	Perda moderada de massa muscular (peitoral, deltoide, quadricípites)
Acumulação de líquidos	Moderado a severo (generalizado ou local)
Força de preensão reduzida	Força muscular diminuída (não aplicável em doentes sedados)

A avaliação nutricional é essencial para identificar o risco de desnutrição e perda de peso não intencional, que podem contribuir para o desenvolvimento de UP. A avaliação nutricional inicial e a avaliação de risco de UP são geralmente efetuadas pelos enfermeiros, durante a admissão do doente, através da escala de Braden, mas, a subescala de nutrição mede a ingestão nutricional habitual de uma pessoa, sendo difícil de determinar na pessoa



em situação crítica. Assim, o espectro completo de nutrição como um fator de risco para UP no momento de admissão na UCI pode não ser determinado convenientemente usando a Escala de Braden (Cox e Rasmussen, 2014).

Um nutricionista, em conjunto com uma equipe multidisciplinar, da qual faz parte o enfermeiro, deve elaborar e documentar um plano individualizado de intervenção nutricional com base nas necessidades nutricionais (NPUAP, EPUAP e PPPIA, 2014). A avaliação nutricional deve abranger uma avaliação da ingestão nutricional do doente antes do internamento, uma avaliação da perda de peso, gravidade da doença, co-morbilidades, funcionalidade do trato gastrointestinal e o nível de risco de UP ou a categoria de UP existente (Cox e Rasmussen, 2014).

Segundo a American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) e a Society for Critical Care Medicine, citados por Cox e Rasmussen (2014), a alimentação do doente crítico deve ter início nas primeiras 24 a 48 horas após a admissão na UCI, sendo a via entérica preferencial visto que de entre outros benefícios, permite a manutenção da integridade funcional do trato gastrointestinal. Em doentes que não se consegue satisfazer as necessidades nutricionais por meio da alimentação entérica, deve-se considerar o uso concomitante de alimentação parentérica.

Segundo as *guidelines* emitidas pela NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014), a ingestão energética em indivíduos adultos com risco de desenvolver UP e avaliados como estando em risco de desnutrição deve ser de 30 a 35 quilocalorias por quilo de peso corporal. O mesmo deve acontecer em indivíduos com UP e com risco de desnutrição. Para indivíduos que estejam abaixo do peso ou que continuem a perder peso, são recomendadas calorias adicionais. Recomenda-se o fornecimento diário entre 1,25 a 1,5 gramas de proteínas por quilo de peso corporal, ao indivíduo em risco de desenvolver UP, com risco de desnutrição ou com UP, sendo necessário reavaliar sempre que a situação clínica sofra alterações.

Além das necessidades alimentares, a hidratação adequada desempenha um papel vital no estado nutricional. As recomendações da ASPEN, para a ingestão de água são 30 ml/hg peso corporal ou 1 a 1,5 ml/cal consumidos. Recomenda também que em doentes com UP a hidratação seja de 30 a 40 ml/kg ou 1500ml/dia, dependendo da quantidade de perdas de fluidos (estados febris, feridas exsudativas, diarreias, fistulas de alto débito) e das condições do doente, como a presença de doença renal ou cardíaca.

Baixos níveis de albumina são um indicador de desnutrição (níveis normais caem entre 36 e 52 g / L), e os níveis de pré-albumina (níveis normais entre 16 e 35 mg / dL) podem ser um reflexo do estado nutricional atual. Os níveis de albumina e pré-albumina devem ser avaliados rotineiramente (semanalmente ou quinzenalmente) para revelar tendências na

adequação da terapia nutricional. A garantia de uma nutrição adequada é particularmente difícil em pacientes que recebem vasopressores, porque a ação vasoconstritora destes contrai a mucosa gástrica, impedindo a absorção de nutrientes (White, 2012).

## **2.4 – Terapêutica de posição / Reposicionamento**

Sendo a pressão considerada o fator extrínseco mais importante para o desenvolvimento de UP, o alívio da pressão deve ser uma das principais estratégias de intervenção do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Acerca dos reposicionamentos, Baixinho e Ferreira (2016, p.5) consideram que “as terapêuticas de enfermagem são todas as atividades e ações de enfermagem deliberadamente concebidas para os cuidados às pessoas, e tais terapêuticas condicionam os enfermeiros a selecionar as ações de enfermagem mais eficientes para atingir os objetivos de promoção e manutenção da saúde (...) pelo que, parece-nos possível inferir que o vulgo posicionamento/alternância de decúbito é uma terapêutica”, daí encontrarmos em muitos artigos os reposicionamentos designados como “terapia de posição”. De acordo com Menor e Redondo (2016, p. 293) a “terapêutica de posição na prevenção de UP tem por finalidade reduzir a duração e magnitude da pressão exercida nas diferentes posições e decúbitos e deve ter em conta a condição da pessoa e as superfícies de apoio em uso.”

Na utilização da terapêutica de posição como intervenção preventiva de UP, uma das maiores dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde é determinar o tempo em que a pessoa pode permanecer naquela posição. A literatura aponta dois critérios a ter em conta nesta decisão: a condição clínica da pessoa e a superfície de apoio de redistribuição de pressão em uso (NPUAP, EPUAP e PPPIA, 2014). A frequência do reposicionamento é determinada, do ponto de vista clínico, pela tolerância dos tecidos, nível de atividade e mobilidade, condição médica, objetivos de tratamento, avaliação, conforto do doente e condições da pele (NPUAP, EPUAP e PPPIA, 2014). Não existe consenso quanto ao *timing* de reposicionamento do doente, sendo que deve ser elaborado um plano de reposicionamento onde conste a frequência e a duração da alternância dos posicionamentos, bem como avaliadas as condições da pele e conforto do doente. A frequência e métodos de reposicionamento devem ser reconsiderados sempre que se verifique intolerância do indivíduo ou alterações na pele (NPUAP, EPUAP e PPPIA, 2014).

Numa revisão sistemática da literatura sobre terapêutica de posição em CI, efetuada por Figueiredo e Cruz (2016), em que analisaram 20 artigos, as principais mobilizações no leito encontradas foram a cada 2 horas, para a prevenção de UP e uma altura de elevação da cabeceira da cama de 30º para a prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação

Mecânica (PAVM). De entre os protocolos instituídos nas UCI, a *bundle* de prevenção da PAVM preconiza que a cabeceira da cama fique entre os 30° e 45° em doentes ventilados, caso não exista contraindicação para elevar a cabeceira. Por outro lado, as *guidelines* para a prevenção de UP, recomendam que a cabeceira da cama não exceda os 30°, salvo contraindicação.

Ao posicionar a pessoa é importante atender ao alinhamento postural simétrico, visto favorecer a distribuição regular de peso pelas regiões isquiáticas, trocantéricas e sagradas. Deve-se evitar posicionar a pessoa sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável, pois as forças de pressão e /ou cisalhamento impedirão ainda mais o fornecimento de sangue à pele, agravando desta forma a UP. De forma a minimizar os efeitos da fricção e do cisalhamento durante o reposicionamento, devesse evitar arrastar a pessoa, utilizando ajudas de transferência manual, resguardos ou elevador. No reposicionamento da pessoa na cama, de acordo com a NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014) é fundamental para a prevenção de UP, atender às seguintes medidas:

- Utilizar uma inclinação máxima de 30° para posições laterais;
- Evitar posturas deitadas que aumentem a pressão, tais como estar deitado de lado a 90° ou semi-reclinado;
- Incentivar as pessoas capazes de se reposicionar a dormirem em lateral entre 30° a 40° ou na horizontal se tal não for contraindicado;

O uso de superfícies de apoio para a prevenção de UP nos calcanhares deve possibilitar um afastamento dos mesmos da superfície, sendo que na pessoa em dorsal os joelhos devem estar ligeiramente fletidos 5° a 10° (Reis, 2014).

Em CI a panóplia de dispositivos médicos é vasta, e a prevenção de UP associada aos dispositivos médicos exige que o enfermeiro selecione o dispositivo mais adequado para a pessoa e avalie a pele sob e em redor do mesmo (Torres, 2014), bem como reposicione a pessoa e/ou o dispositivo médico para redistribuir a pressão e diminuir as forças de cisalhamento (NPUAP, EPUAP e PPPIA).

O posicionamento do doente em situação crítica assume-se como uma terapêutica *per si*, ao contrário do que tradicionalmente se considerava ser apenas prevenir as complicações da imobilidade, com especial enfoque na manutenção da integridade da pele e prevenção do desenvolvimento de UP. Para Asher (2013), citado por Serrão e Martins (2016), a terapêutica de posição permite promover e otimizar os cuidados à pessoa, no entanto a condição da pessoa em situação crítica traz constrangimentos e requer um planeamento cuidadoso e avaliação do risco, aquando da sua mobilização e posicionamento.

## 2.5 – Superfícies de apoio

As superfícies de apoio (SA) são fundamentais na prevenção de úlceras de pressão. Para a NPUAP (2007, p.1) as superfícies de apoio são definidas como:

“dispositivos especializados de distribuição da pressão concebidos para gerir as cargas teciduais, o microclima e/ou outras funções terapêuticas (ou seja, colchões, sistema integrado na cama, substituição de colchões, colchões de sobreposição, almofadas de assento ou sobreposições de almofadas de assento”

Para Menoita (2016, p. 581) as SA são “dispositivos especializados para redistribuição de pressão concebidos para gestão de cargas tecidulares, microclima, e/ou outras funções terapêuticas.” Para Reis (2014), a utilização de uma superfície de apoio adequada deverá permitir uma diminuição da pressão na interface (área que fica entre a pele e a superfície de apoio) para valores inferiores aos considerados como sendo os níveis de oclusão dos diversos vasos sanguíneos; permitir facilidade em efetuar posicionamentos terapêuticos quer pelo doente quer pelo prestador de cuidados permitir a expansão pulmonar de forma eficaz, para que se realize a drenagem de secreções brônquicas, não limitar a atividade física e permitir a realização de atividades de vida diária, permitindo ao doente intervir de forma ativa no seu processo de saúde.

No aparecimento da UP os fatores extrínsecos associados às superfícies de apoio são a pressão, o atrito e forças de torção, bem como o microclima (International Review, 2010). A pressão exercida na interface está muitas vezes relacionada com a diminuição da mobilidade e tem sido considerada o fator mais importante no desenvolvimento de UP. A pressão de 32 mmHg (pressão da interface é a pressão que a superfície de apoio faz numa determinada zona do corpo da pessoa) foi tida como valor de referência de uma terapêutica eficaz de redistribuição da pressão. No entanto, a pressão de normal funcionamento para todo o leito capilar é em média 17mmHg. No entanto estes números ainda poderão variar de acordo com a condição clínica do doente, podendo em alguns casos ser menor. O uso de uma superfície de apoio não retira a necessidade de um reposicionamento frequente, no entanto quanto mais específica for esta superfície menor necessidade terá o doente de ser reposicionado (Rodriguez, citado por Reis, 2014).

A pressão e as forças de torção estão muitas vezes associadas, sendo que a combinação das duas causam maior obstrução e distorção dos capilares no tecido músculo esquelético localizado nas zonas de proeminências ósseas do que as forças de pressão isoladas. Quando é aplicada uma força de torção, o atrito entre a pele e a superfície de apoio tende a manter a pele no lugar, no entanto os tecidos profundos são deslocados, sendo a força

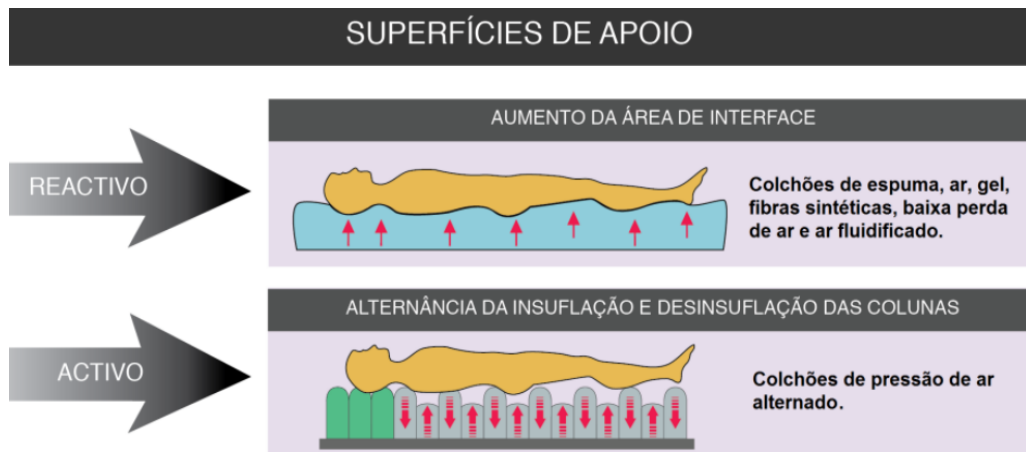
de torção mais intensa junto ao osso do que nas camadas superficiais (International Review, 2010).

O coeficiente do atrito de têxteis ou outros materiais contra a pele é influenciado pelo tipo de têxteis (têxteis ásperos produzem maior atrito), pelo teor de humidade da pele, humidade da superfície de apoio e humidade do ambiente (International Review, 2010).

As SA deverão possuir características que permitam a gestão do microclima, pois o seu principal objetivo é evitar extremos de temperatura, controlar a humidade da pele e aumentar o conforto do doente (International Review, 2010).

A EPUAP/PUAP (2009), classificou as SA em duas categorias, superfícies ativas e superfícies reativas, conforme o seu método principal de redistribuição da pressão. As ativas caracterizam-se pela variação de pressão através de meios mecânicos, reduzindo a duração da pressão aplicada em diferentes pontos do corpo (Menoita, 2016). Com o avanço da tecnologia, existem SA que têm sensores incorporados no colchão que detetam alterações da pressão, quando por exemplo o doente se vira, e que através de um suporte informático vai permitir alterar os valores de insuflação das colunas, segundo os dados recebidos (Reis, 2014).

As SA reativas reduzem a pressão pela redistribuição da carga sobre uma maior área do equipamento, levando a um aumento da superfície de contato, ou seja, de acordo com a fórmula da pressão, aumenta-se o denominador de modo a diminuir o dano por pressão (Menoita, 2016). Estas devem ter capacidade de imersão e envolvimento. A imersão é a capacidade da superfície de apoio para permitir que a pessoa se “afunde” nela. A expressão *bottoming out*, descreve o colchão ou superfície de apoio que já não proporciona uma adequada redistribuição da pressão, pelo que é importante que regularmente as superfícies de apoio sejam inspecionadas, no sentido de se averiguar se mantêm as características iniciais.



**Figura 1** - Superfícies de apoio (Adaptado de Reis (2014)).

O aumento do contacto do corpo com a SA faz com que o peso do doente seja redistribuído através de uma área maior, levando a uma maior dispersão da pressão (Reis, 2014). O envolvimento refere-se à forma como uma superfície de apoio consegue moldar-se aos contornos do corpo e acomoda as áreas irregulares, tais como dobras da roupa ou cama (International Review, 2010). A capacidade de envolvimento e de imersão de uma SA pode ser afetada quando existe um aumento da tensão na superfície de apoio, na capa da superfície de apoio – *Hammock Effect* (Figura 2). Por exemplo, uma capa apertada impede a imersão e o envolvimento do utente na superfície de apoio, resultando numa suspensão acima da superfície de apoio, sem qualquer redistribuição da pressão e incapacitando que a superfície de apoio se molde aos contornos do corpo (Menoita, 2016)).

É importante que os revestimentos das SA garantam o controlo do microclima, ou seja a dissipação do calor e a evaporação da humidade; sejam impermeáveis às bactérias e água; boa capacidade de resiliência, em que são resistentes ao estiramento e reduzem o efeito de fricção; não apresentem *Strikethrough*.



**Figura 2** - Hammock Effect (Adaptado de Reis (2014)).

Segundo Menoita (2016) as superfícies de apoio estáticas podem ser constituídas por:

- **Espumas de poliuretano** - colchões de espuma de alta especificidade compostos por diferentes densidades de espuma, ou de espuma viscoelástica. São recomendadas para reduzir a incidência de UP em pessoas com baixo risco (EPUAP/NPUAP 2009; International Review 2010, Simitchieva [et al.] 2018).
- **Ar ou gel** - são SA que compreendem colunas ou compartimentos cheios de gel ou de ar. O grau de imersão e envolvimento proporcionado depende da pressão do gel ou do ar nos compartimentos e a profundidade deste (Reis, 2014).
- **Ar fluidizado** - possuem grande capacidade de imersão e envolvimento, sendo que, quase dois terços do corpo pode ser imerso. Esta SA aglomera grânulos de silicone ou vidro, através de ar pressurizado e aquecido, que passa entre eles. A cobertura sobre as partículas é porosa, permitindo que o ar escape e os fluidos corporais flutuem entre as partículas. Proporciona um ambiente seco, fazendo com que a perda de fluidos aumente linearmente com o aumento da temperatura do fluxo do ar (International Review, 2010).

Para Rodriguez-Palme [et al.] (2011) o objetivo da utilização de superfícies de apoio é conseguir otimizar uma redistribuição da pressão, que pode ser alcançada através da redução da pressão na interface, ou através da remoção da pressão em zonas vulneráveis.

Um estudo randomizado, realizado na Alemanha por Simitchieva [et al.] (2018) mediu os efeitos de três tipos diferentes de colchões (gel reativo, ar ativo alternado, espuma básica) nas propriedades da pele do sacro e do calcanhar após 2 horas de carga. Quinze mulheres saudáveis (idade média de 66 anos) foram incluídas. A perda de água transdérmica, a temperatura da superfície da pele, o eritema, a hidratação do estrato córneo, a hidratação epidérmica, a extensibilidade da pele, a função elástica e a recuperação, bem como parâmetros de rugosidade da pele foram medidos sob condições controladas antes do momento de carga, imediatamente após o momento de carga e 20 minutos após o momento de carga na posição de decúbito dorsal nos diferentes colchões. Foram registados maiores aumentos de perda de água transdérmica, maior aumento da temperatura da pele e eritema no colchão de espuma, após o momento de carga, indicando maior deformação dos tecidos. A rigidez cutânea diminuiu nos três grupos, indicando mudanças estruturais durante o momento de carga. Houve uma diminuição substancial da rugosidade média na pele do calcanhar no grupo de espuma, levando a um achatamento da superfície da pele. Os resultados do estudo indicam que o tipo de superfície de suporte influencia a estrutura e a função da pele durante o momento de carga. O colchão de gel e

ar demonstrou possuir maior capacidade de proteção da pele e tecidos em comparação com o colchão de espuma, mas as diferenças entre o gel e o ar foram mínimas.

Numa revisão sistemática da literatura Tayyib e Coyer (2016) analisaram 25 estudos e sintetizaram as evidências científicas disponíveis sobre a eficácia de estratégias individuais destinadas a reduzir a incidência e prevalência de UP em UCI. Dois desses estudos investigaram a eficácia do uso de um colchão de pressão alternada em comparação com uma sobreposição de colchão numa UCI. Um pequeno ensaio piloto na Bélgica, que envolveu 16 doentes, demonstrou um impacto semelhante das duas SA na prevenção da UP. No entanto, um estudo quase experimental em Espanha, que envolveu 221 doentes, sugere que um colchão de pressão alternada pode reduzir significativamente a incidência de UP em comparação com o colchão de espuma sobreposta. A eficácia do uso de colchões de pressão alternada em comparação com um colchão de baixa perda de ar na redução da incidência de UP na UCI foi estudada, não revelando diferenças significativas entre os grupos. O uso de colchões com baixa perda de ar com leito de gerenciamento de microclima foi comparado ao uso de colchão de redistribuição de pressão de ar com alimentação integrada, sendo que o estudo revelou que o colchão de baixa perda de ar com leito de gerenciamento de microclima diminui significativamente a incidência de UP em comparação com o colchão de redistribuição de pressão de ar com alimentação integrada. Um único estudo examinou a eficácia do colchão de ar fluidizado na prevenção de UP, relatando que o mesmo foi mais efetivo na redução da incidência de UP numa UCI cardiorácica, sendo que na pré implementação a taxa de incidência era 40% e pós implementação passou para 15%. Neste estudo as características dos colchões padrões não foram relatadas.

Relativamente às medidas preventivas não recomendadas a NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014) salientam a não utilização de SA de pressão alterna com células pequenas (diâmetro inferior a 10 centímetros), pois estas não conseguem insuflar ar suficiente, capaz de assegurar o alívio da pressão sobre as células que se encontram desinsufladas. Os seguintes “dispositivos” não devem ser utilizados para elevar os calcanhares: almofadas em pele de carneiro sintética; dispositivos recortados em forma de anel ou “donuts”; sacos de fluidos intravenosos ou luvas cheias de água (NPUAP, EPUAP e PPPIA, 2014). As compressas não são superfícies de redistribuição da pressão pelo que também não devem ser utilizadas (Menoita, 2015). O uso de almofadas que não respeitem as características antropométricas da pessoa também não é recomendado porque para além de contribuir para o desenvolvimento de UP, pode causar desconforto e/ou lesões músculo esqueléticas (Baixinho [et al.], 2016).



Segundo a EPUAP/NPUAP (2014), no momento de se escolher uma SA, deve-se atender a alguns fatores como o nível de mobilidade do doente, o seu conforto, a necessidade de controlar o microclima e o bem-estar. Nunca se deve escolher uma SA tendo apenas por base a avaliação do risco de desenvolver UP ou mesmo a categorização de uma úlcera por pressão.

Em suma, é imprescindível que o enfermeiro possua um conjunto de conhecimentos na área da prevenção da UP e que adote um rigor no discurso técnico científico nesta área. Para que as orientações padronizadas de prevenção de UP sejam cumpridas, é essencial a formação dos técnicos de saúde envolvidos na prevenção, diagnóstico e tratamento (Batista, 2012). As medidas para a prevenção de UP, que fazem parte das competências básicas do enfermeiro, juntamente com o conhecimento científico e a avaliação da condição do doente, têm potencial para promover o melhor cuidado possível. Na secção seguinte, aborda-se os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros na área da prevenção da UP.

### **3 – ATITUDES E CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO**

A equipe de enfermagem, desempenha um papel fundamental no processo de prevenção e tratamento da UP, uma vez que a mesma permanece integralmente ao lado do doente, com a oportunidade de desenvolver ações preventivas, e quando já instaladas de tratamento de UP. Por isso, dentro da sua prática, o enfermeiro precisa de desenvolver atitudes e possuir conhecimentos que favoreçam o desenvolvimento de ações de prevenção de UP e por conseguinte que minimizem o seu aparecimento (Batista, 2012).

Num estudo observacional, prospetivo e comparativo efetuado no Brasil, Vasconcelos e Caliri (2017) avaliaram as ações dos enfermeiros de uma UCIP, antes e após a utilização de protocolo de prevenção de UP e concluíram maior frequência de ações de enfermagem preventivas de UP após o uso do protocolo, o que demonstra a importância dessa ferramenta na adoção das recomendações baseadas em evidências científicas pelos profissionais.

Para Anderson [et al.] (2015), cada serviço deveria possuir um membro da equipe de enfermagem que promovesse a implementação de um “pacote” de cuidados com vista à prevenção da UP. Esse membro da equipe, designado por “skin champion” colabora com o enfermeiro especialista em feridas e continência para melhorar a prestação de cuidados ao doente, nomeadamente na prevenção de UP e tratamento de feridas.

Num estudo retrospectivo efetuado por Bauer [et al.] (2016), nos EUA, avaliou o impacto da UP nos doentes internados. Esse estudo concluiu que doentes que desenvolveram UP tiveram um tempo de internamento significativamente maior e maior taxa de mortalidade intra-hospitalar. Os doentes com UP também apresentaram maior probabilidade de receber alta hospitalar para uma instituição, enquanto os doentes sem úlcera por pressão tinham maior probabilidade de receber alta para o domicílio.

Segundo Tirgari, Mirshekari e Forouzi (2018), as UP são a terceira condição mais cara para o sistema nacional de saúde, após o cancro e as doenças cardiovasculares. Para alcançar uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, na prevenção da UP, os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros devem ser baseados nas melhores evidências científicas.

Neste capítulo a investigadora apresenta estudos recentes sobre as atitudes e os conhecimentos dos enfermeiros na área da prevenção da UP (Tabela 1).

**Tabela 1** - Síntese de estudos sobre prevenção de UP

<b>Designação</b>	<b>Estudo</b>	<b>Objetivos do estudo</b>	<b>Resultados</b>
<b>Pressure Injury Prevention: Knowledge and attitudes of Iranian Intensive Care Turgari, Mirshekari e Forouzi (2018)</b>	Estudo descritivo, envolvendo 89 enfermeiros de cuidados intensivos	Analisar os conhecimentos e atitudes de enfermeiros que trabalham em UCI quanto à prevenção de UP	Existe uma relação estatisticamente significativa entre o conhecimento sobre UP e as atitudes em relação à prevenção de UP.
<b>Adaptação transcultural do instrumento Pieper-Zulkowski Pressure Ulcer Knowledge Test para o Brasil Rabeh [et al.] (2018)</b>	Estudo metodológico	Realizar a adaptação cultural do instrumento Pressure Ulcer Knowledge Test (PUKT) para o Brasil	Os Mestres e Doutores apresentaram maior percentagem de acertos; Houve diferença estatisticamente significativa no score de respostas corretas (70-90%) entre os enfermeiros que participaram numa formação à menos de um ano (71%) comparativamente aos que à mais de um ano não participavam em formação na área da prevenção da UP. A maioria (52%) dos enfermeiros que relatam uso da Internet na busca de informações sobre a temática obteve uma percentagem de acertos de 70%-90%. Dos enfermeiros que fizeram a leitura do Guia Internacional de Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão, 75% tiveram um número de acertos superior a 70%.
<b>Conhecimento da equipe de enfermagem sobre prevenção de úlceras de pressão Galvão [et al.] (2017)</b>	Descritivo e exploratório envolvendo 40 profissionais de enfermagem	Descrever e analisar os conhecimentos da equipe de enfermagem sobre classificação, avaliação e prevenção de UP em doentes internados em CI.	O estudo revelou conhecimentos insuficientes sobre prevenção de UP entre 40 profissionais de enfermagem numa UCI, utilizando o Teste de Conhecimentos de Pieper.
<b>Ações de enfermagem para prevenção de úlceras de pressão em clientes em</b>	Revisão sistemática da literatura entre 2009 e 2016. Encontrados 129 artigos, dos quais	Analisar as ações de enfermagem relacionadas com a prevenção de UP em doentes internados em cuidados intensivos.	As principais ações desenvolvidas por enfermeiros na prevenção de UP em doentes em UCI foram: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos;</li> </ul>

<b>Designação</b>	<b>Estudo</b>	<b>Objetivos do estudo</b>	<b>Resultados</b>
<b>unidade de terapia intensiva. Abreu, Rolim e Dantas (2017)</b>	foram selecionados 8 artigos.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilização de escalas de avaliação de grau de risco;</li> <li>• Promoção de uma alimentação adequada;</li> <li>• Avaliação diária da pele, dando ênfase às áreas mais propensas a UP;</li> <li>• Hidratação de 1500 a 2000ml/dia;</li> <li>• Hidratação diária da pele;</li> <li>• Posicionamento de 2 em 2 horas;</li> <li>• Proteção das saliências ósseas, principalmente calcâneos e sacro;</li> <li>• Identificação e registo de alterações da pele;</li> <li>• Instituição de tratamento precoce;</li> <li>• Monitorização e documentação das intervenções e os resultados obtidos.</li> </ul>
<b>Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva Vasconcelos e Caliri (2017)</b>	Observacional, prospetivo e comparativo	Avaliar as ações dos enfermeiros antes e após a utilização de protocolo de prevenção de UP, em UCI. As ações de enfermagem	Maior frequência de ações preventivas após implementação do protocolo, demonstraram a importância desta ferramenta na adoção das recomendações baseadas na evidência.
<b>Determinantes das atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção e úlceras de pressão Peça (2016)</b>	Descritivo correlacional-transversal (107 enfermeiros).	Descrever os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos perante a prevenção de UP	Sobre os conhecimentos gerais dos enfermeiros, relativamente às UP, os mais adequados correspondem às questões relativas à Nutrição, Pele e Dispositivos médicos e Escalas de avaliação do risco e clínica. Os conhecimentos mais baixos são relativos aos Graus das UP, à Humidade e às Proeminências Ósseas.

Designação	Estudo	Objetivos do estudo	Resultados
			<p>Cerca de 84,1% enfermeiros afirmam possuir formação específica na área de feridas/UP, na sua maioria efetuada em âmbito de formação em serviço (71,1%). Das políticas da instituição sobre UP estas são maioritariamente do conhecimento dos enfermeiros, sendo as menos referidas as relativas à perceção da existência de supervisão/auditoria e as mais referidas relativas à existência de equipamentos adequados no serviço para a prevenção eficaz de UP.</p> <p>As atitudes dos enfermeiros são positivas, com atitudes menos positivas na dimensão "Importância" e melhores atitudes nas dimensões "Confiança na eficácia".</p> <p>Para maiores conhecimentos, atitudes mais positivas. A formação específica em cuidados intensivos está presente em cerca de 1/3 dos enfermeiros e influencia positivamente as atitudes relativamente à "Confiança na eficácia" e às "Competências Pessoais".</p> <p>Há associação entre o tempo que decorreu entre a última formação específica na área de feridas/UP e a dimensão "Importância da prevenção das UP" e para a APu-PT, o que traduz que quanto menos anos decorreram entre a última formação, as atitudes são mais positivas.</p>
<b>Prevenção de úlceras por pressão: avaliação do conhecimento</b>	Descritivo exploratório, quantitativo. (85 enfermeiros da área médica,	Avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem na área da prevenção de UP, utilizando o teste de	Houve diferença estatisticamente significativa entre o maior tempo de serviço e a maior idade no aumento do conhecimento sobre prevenção de UP;

Designação	Estudo	Objetivos do estudo	Resultados
<b>dos profissionais de enfermagem. Rocha [et al.] (2015)</b>	cirúrgica, urgência e cuidados intensivos)	conhecimentos de Pieper.	<p>A maioria dos enfermeiros (88%) apresentava deficiência no conhecimento sobre as recomendações da prevenção de UP.</p> <p>O item que teve menor número de respostas certas foi a afirmação referente à necessidade de reposicionamento a cada 2 horas do doente em cadeira de rodas (que não se consegue movimentar sem ajuda). A questão sobre massagem das proeminências ósseas e uso de protetores como luvas de água também carece de conhecimentos.</p> <p>Necessidade de educação continua e permanente sobre as medidas preventivas de UP.</p>
<b>A care bundle for pressure ulcer treatment in intensive care. Zuo e Meng, 2015.</b>	Revisão sistemática da literatura. Trabalho projeto	Implementar uma “bundle” de cuidados para a prevenção de UP baseados em evidências científicas: avaliação de risco, avaliação da pele, superfícies de apoio, nutrição e reposicionamento.	<p>Para uma execução efetiva de uma “bundle” de cuidados para a prevenção de UP em UCI é necessário formar e treinar a equipe de enfermagem e médicos.</p> <p>Para o sucesso da “bundle” de cuidados todos os requisitos da “bundle” devem ser cumpridos.</p>
<b>Universal pressure Ulcer Prevention Bundle with WOC Nurse Support Anderson [et al.] (2015)</b>	Quase experimental; Avaliadas a adesão a cinco recomendações para a prevenção de UP em 181 doentes pré-intervenção e 146 doentes pós-intervenção do enfermeiro consultor em feridas	Avaliar a eficácia de uma “bundle” de cuidados baseado na evidência científica para a prevenção de UP, em doentes internados em UCI e a taxa de incidência de UP.	<p>As úlceras de pressão diminuíram de 15,5% para 2,1% após a aplicação da bundle de cuidados;</p> <p>A adesão aumentou para a intervenção “elevação do calcâneo” e verificou-se também um aumento nos reposicionamentos;</p> <p>A utilização de um conjunto de medidas, baseadas na evidência científica, juntamente com a intervenção do enfermeiro especialista em feridas e ostomias, desempenhou um papel altamente significativo na redução de UP.</p>

Designação	Estudo	Objetivos do estudo	Resultados
<b>Influência do conhecimento dos enfermeiros sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão na prática clínica. Fernandes (2014)</b>	Estudo transversal, correlacional e descritivo	Conhecer a influência do conhecimento sobre prevenção e tratamento de UP na prática clínica dos enfermeiros.	Existe uma relação direta entre os conhecimentos dos enfermeiros e o que estes aplicam na prática clínica; Os conhecimentos dos enfermeiros sobre prevenção e tratamento de UP encontra-se abaixo dos valores esperados; Os enfermeiros com mais de 15 anos de profissão demonstram mais conhecimentos, mas o tempo de experiência profissional apenas influencia os conhecimentos relativamente ao tratamento de UP. A participação dos enfermeiros em congressos e jornadas tem uma influência positiva na prática clínica; A participação em cursos de pós-graduação ou de formação avançada sobre prevenção e tratamento de UP influencia os conhecimentos sobre tratamento de UP, a prática de prevenção e o score global de conhecimentos.
<b>Atitudes e conhecimentos dos enfermeiros na prevenção das úlceras de pressão. Batista (2012)</b>	Estudo metodológico, numa amostra não probabilística de 155 alunos de enfermagem e 147 enfermeiros.	Validar para a população portuguesa o Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument (APU) e o Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool (PUKAT) e avaliar as atitudes e conhecimentos na prevenção de UPs, de uma amostra de enfermeiros e estudantes de enfermagem.	Obteve-se uma versão do APU válida para a amostra utilizada. Foi validado o conteúdo do PUKAT mas não foi possível a sua equivalência psicométrica. Apesar da generalidade dos participantes demonstrar uma atitude desperta para a prevenção das UPs, foi obtido um nível de conhecimentos baixo, revelando importantes lacunas de formação.

São vários os estudos quer nacionais, quer internacionais, que incidem na avaliação dos conhecimentos e atitudes dos enfermeiros acerca da prevenção da UP. De realçar que existem várias escalas validadas a nível internacional para avaliar os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros relativamente à prevenção de UP. Em Portugal, a Pressure Ulcers Knowledge Assessment Tool e a Atitude Towards Pressure Ulcers Instrument foram traduzidas para português por Batista em 2012. Batista aplicou as escalas a enfermeiros e estudantes de enfermagem, que revelaram lacunas de formação, o que é sustentado por estudos internacionais (Tirgari, Mirshekari e Forouzi (2018) e Rabeh [et al.] (2018) ).

Na secção seguinte aborda-se o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção da UP, nomeadamente, na implementação de projetos de prevenção de UP numa UCIP, através da formação dos pares.



#### **4 – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO COMO FORMADOR NA ÁREA DA PREVENÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO**

A profissão de enfermagem tem como objetivo prestar cuidados ao ser humano, ao longo do ciclo vital, tomando como foco de atenção a promoção de projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue (OE, 2001). Segundo o Regulamento 125/2011 (2011, p 8658), o EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseado nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida, permite-lhe tomar decisões relativas (...) à prevenção de complicações.” A UP constitui um potencial problema para a pessoa e o seu surgimento pode em muitos casos atrasar o processo de reabilitação.

A ocorrência de UP é, segundo o Plano Nacional para a Segurança das Pessoas 2015-2020, um dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde que deve ser evitado (Despacho nº 5613/2015, 2015). O mesmo programa define como meta para 2020 que 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementem práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão, bem como reduzir em 50% face a 2014 o número de úlceras de pressão adquiridas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado. O Plano Nacional para a Segurança das Pessoas 2015-2020 visa, através de ações transversais, tais como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde.

De acordo com a Tomada de Posição da OE relativa a cuidados seguros (2006, p.9), “os enfermeiros agem de acordo com as orientações e os referenciais de práticas recomendadas, participando ativamente na identificação, análise e controle de potenciais riscos num contexto de prática circunscrita, tendo particular atenção à proteção dos grupos de maior vulnerabilidade”, como é o caso da pessoa internada numa UCIP.

No seguimento da Tomada de Posição da OE (2006, p. 10), “os enfermeiros têm a responsabilidade ética de promover e salvaguardar a segurança do cliente, reduzindo os riscos e prevenindo efeitos adversos”. Assim, é fundamental a promoção da investigação em enfermagem, integrando evidências em recomendações para a prática clínica, de forma a promover a segurança do doente.

Segundo o Regulamento nº 122/2011 (2011), os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem (EEE), independentemente da área de especialização partilham quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens

profissionais, aplicáveis em todos os contextos de cuidados de saúde. O EEE ao possuir competências no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados “desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica [bem como] concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (Regulamento 122/2011, p. 8649). Assim, o presente trabalho projeto, desenvolvido pelo EEER, pretende contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A necessidade de implementar medidas que levem a uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na área da prevenção da UP no serviço de UCIP de um hospital da zona norte do país, surge como um projeto que o EEER pode e deve dirigir. Compreende-se que a implementação de um programa de melhoria da qualidade de cuidados na área da prevenção da UP integra as competências do EEER. Segundo a OE (2011a), os cuidados de enfermagem de reabilitação têm como foco de atenção:

- a manutenção e promoção do bem-estar e qualidade de vida;
- a recuperação da funcionalidade através da promoção do autocuidado;
- a maximização das capacidades;
- a prevenção de complicações.

A pessoa internada em cuidados intensivos apresenta alterações importantes da sua mobilidade devido a fatores como a sedação, trauma, instabilidade hemodinâmica, entre outros fatores. O posicionamento adequado é importante na pessoa com alterações da mobilidade, com o objetivo de prevenir complicações associadas à imobilidade, das quais se destaca a UP. O posicionamento terapêutico é a postura em que se coloca a pessoa quando esta não tem capacidade para mudar de posição sozinha e /ou quando a situação clínica não o permite (Silva, 2014). O EEER assume um papel importante na sensibilização e formação dos seus pares para o posicionamento terapêutico, visto ser uma das estratégias mais eficazes no alívio da pressão.

Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação constituem um instrumento essencial para a melhoria contínua dos cuidados e são uma referência para a reflexão sobre a prática especializada de enfermagem de Reabilitação (OE, 2011b). “Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem” (OE, 2011b, p. 6). Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação são constituídos por oito

enunciados descritivos: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado da pessoa, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem.

A prestação de cuidados de enfermagem que visem a prevenção de UP à pessoa internado na UCIP, vai de encontro ao enunciado descritivo prevenção de complicações, na medida em que o EEER na procura permanente da excelência no exercício profissional previne complicações para a saúde da pessoa (OE, 2011b). Por sua vez, a formação dos pares, por parte do EEER, vai de encontro ao enunciado descritivo organização dos cuidados de enfermagem, na medida em que contribui para maximizar a organização dos cuidados de enfermagem, fomentando uma política de formação promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade.

Compete também ao EEER, monitorizar a implementação e os resultados dos programas de reabilitação, avaliando e efetuando os ajustes necessários no processo de prestação de cuidados, que lhe permitem verificar a eficácia da sua intervenção, para poder constatar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (OE, 2015).

Na equipe multidisciplinar, o EEER pela sua proximidade com a pessoa, pela sua capacidade de perceção dos problemas/necessidades da pessoa e pelo seu conhecimento científico desempenha um papel estruturante, estruturador e promotor da comunicação entre todos os intervenientes (Hawkey e Williams, citado por Pestana, 2016). Trabalhando em equipe e com a colaboração de uma equipe interdisciplinar, consegue-se atingir cuidados eficientes e de máxima qualidade. Segundo a OE (Regulamento 125/2011, 2011), os EEER desempenham um papel “na equipe multiprofissional, determinantes no processo de cuidados, na reabilitação, na readaptação e na reintegração das pessoas dependentes”.

Saleh [et al.] (2013), num estudo transversal efetuado na Jordânia, referem que um programa educativo de prevenção permitirá alargar conhecimentos sobre as úlceras, assim como manter os enfermeiros a par dos novos conhecimentos produzidos e eliminar o sofrimento das pessoas. Estes programas também poderão desenvolver na equipa atitudes profissionais que podem melhorar a qualidade dos cuidados. Os programas referidos pretendem articular a teoria à prática, bem como reduzir o tempo entre resultados de pesquisa e sua implementação. Assim em vários países, serviços de UCI implementaram protocolos de prevenção de UP. Para Zuo e Meng (2015), a implementação de um protocolo de prevenção de UP numa UCI exige a formação dos profissionais.

No capítulo seguinte apresenta-se a fase metodológica do presente estudo.

## **PARTE II – METODOLOGIA DE PROJETO**

O desenho de investigação “é um plano que permite responder às questões ou verificar hipóteses e que define mecanismos de controlo, tendo por objetivo minimizar os riscos de erro” (Fortin, 2009, p. 214). A metodologia é caracterizada como uma descrição detalhada das ações desenvolvidas para a realização do trabalho de pesquisa.

A escolha da metodologia de trabalho de projeto na abordagem da prevenção das úlceras de pressão na UCIP de um Hospital da zona norte do país, consubstancia-se no facto de esta metodologia ser geradora de processos de mudança e possibilitar/facilitar a aprendizagem de um grupo. A metodologia de projeto tem como objetivo principal a resolução de problemas de uma situação real, e através dela adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos (Ruivo [et al.], 2010). Acredita-se que o trabalho de projeto potenciará a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na área da prevenção da UP à pessoa internado na UCIP e por conseguinte aquisição de ganhos em saúde.

Na formulação de um projeto, o propósito é alcançar os objetivos que permitam resolver as situações problemáticas. De um ponto de vista operacional descreve-se de uma forma clara, precisa e ordenada o caminho a seguir para resolver o problema para o qual tentamos procurar a melhor solução (Serrano, 2008). Nesta linha de pensamento é importante chegar à meta, mas valorizar o percurso. A complexidade que o trabalho de projeto encerra faz dele um processo dinâmico e flexível passível de ser reorientado, podendo ter fases produtivas de progressos e fases menos continuadas. A tentativa de intervenção aproxima o trabalho projeto da investigação ação por o investigador se encontrar dentro do contexto e conjuntamente com os elementos nele atuar para o modificar (Ruivo [et al.], 2010). Considerando a metodologia de trabalho de projeto selecionada apresenta-se em seguida as fases definidas por Ruivo [et al.] (2010) conforme a Figura 3.



**Figura 3** - Fases da metodologia do trabalho de projeto.

## **1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

O diagnóstico de situação constitui a primeira etapa da metodologia de projeto e visa elaborar um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende intervir (Ruivo [et al.], 2010). O diagnóstico de situação engloba quatro etapas:

- Identificação dos problemas existentes no seio da população em estudo;
- Estudo da evolução prognóstica dos problemas;
- Estudo da rede de causalidades dos problemas;
- Identificação das necessidades para solucionar o problema;

O diagnóstico de situação vai permitir caracterizar o real problema, recorrendo à caracterização do meio e da amostra. Para efetuar o diagnóstico de situação tem que se considerar a problemática e o contexto onde esta se insere.

Através da observação e análise crítica dos cuidados de enfermagem na área da prevenção da UP ao doente internado num serviço de cuidados intensivos, foi identificado um foco de atuação, no sentido da melhoria da prestação de cuidados de enfermagem. Fazendo parte do grupo de trabalho “Prevenção de UP” da UCIP onde decorre o presente estudo, a investigação na área da prevenção da UP desde há muito que despertava interesse na investigadora. No ano de 2018 a UCIP em estudo apresentou uma taxa de incidência de UP de 7,8%.

### **1.1 – Meio / Contexto**

A unidade de cuidados intensivos onde se desenvolve o presente estudo é uma unidade fechada, polivalente e multidisciplinar, vocacionada para doentes adultos, composta por 14 unidades de tratamento de nível III das quais só 12 se encontram atualmente ativas; 4 unidades permitem o isolamento. A UCIP possui um grupo de profissionais funcionalmente dedicado, constituído por médicos de formação de base multidisciplinar, enfermeiros, auxiliares e pessoal administrativo, motivados para servir os doentes críticos de acordo com os objetivos definidos no plano de atividades e regendo-se pelas normas éticas aplicáveis. Os doentes são provenientes do Serviço de Urgência, de outros serviços do Hospital, do bloco operatório ou de outros hospitais da sua área de referência. É uma UCIP que recebe pessoas adultos, quer do foro médico, neurológico, neurocirúrgico, ortotraumatológico, cardíaco e cirúrgico.

A população que compõe o estudo é constituída por 33 enfermeiros que exercem funções na UCIP. Trata-se, de uma amostragem por conveniência, pois “é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos” (Fortin, 2009). Segundo a mesma autora, a população estudada “é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características comuns”. É definido como critério de inclusão na amostra deste estudo, fazer parte da equipe de enfermagem da UCIP do hospital da zona norte do país onde se desenvolve o estudo e prestar cuidados de enfermagem diretos à pessoa em situação crítica.

## 1.2 – Instrumentos e procedimento de recolha de dados

Para sedimentar a elaboração do diagnóstico de situação, foi aplicado um questionário que inclui uma parte que permite a caracterização sociodemográfica e socioprofissional da população, bem como avaliar as atitudes e os conhecimentos dos enfermeiros na área da prevenção da UP (Apêndice A) e uma grelha de observação (Apêndice B) aos enfermeiros da UCIP do hospital da zona norte em estudo.

Para avaliar as atitudes dos enfermeiros perante a prevenção de UP foi usada a escala “Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument” (APU-PT) validada para a população portuguesa por Batista (2012), tendo por base a escala original “Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument” de Beeckman [et al.] (2010a), que estava organizada em 32 itens, agrupados em 5 fatores (Competências pessoais, Prioridade da prevenção; Impacto das UP; Responsabilidade na prevenção da UP e Confiança na prevenção).

A escala APU-PT (Anexo A) é uma escala tipo Likert que se destina ao ordenamento dos sujeitos em função da sua *concordância absoluta, concordância, discordância ou discordância absoluta*. Para a sua utilização foi solicitada autorização à investigadora que a traduziu, validou e adaptou (Anexo B).

A escala APU-PT, apresenta 32 itens que estão divididos em 5 fatores:

- Fator 1 (item 3\*, 4\*, 15\*, 19, 23\* e 32\*) - Importância: exprime as “atitudes que refletem a importância da intervenção dos enfermeiros, com base na evidência, na prevenção destas lesões” (Batista, 2012, p. 41).
- Fator 2 (item 9,10,14,17 e 18) - Responsabilidade: exprime as “atitudes acerca da atribuição da responsabilização da prevenção de UP (idem).
- Fator 3 (item 11,12\*,16\* e 31\*) - Obstáculos/barreiras: exprime as “atitudes acerca dos fatores que impedem uma prevenção eficaz das UP (idem).

- Fator 4 (item 22,29 e 30) - Confiança na eficácia: exprime as “atitudes que dizem respeito à importância e impacto de uma prevenção eficaz da UP (idem).
- Fator 5 (item 25, 26, 27\*, 28\*) – Competências pessoais: atitudes relativas às capacidades individuais na prevenção da UP (idem).

A escala apresenta itens de valor inverso que estão sinalizados com o símbolo \*.

Os scores de atitudes mais baixos foram atribuídos a atitudes mais positivas e vice-versa (Batista, 2012), assim espera-se que enfermeiros com melhores atitudes apresentem médias mais baixas e enfermeiros com atitudes mais negativas detenham medias mais elevadas.

Para avaliar os conhecimentos dos enfermeiros utilizou-se a Escala Pressure Ulcers Knowledge Assessment Tool (PUKAT), traduzida para português por Batista (2012). A escala PUKAT foi elaborada por Beeckman [et al.] (2010b) e avalia os conhecimentos acerca da prevenção da UP. As suas 29 questões foram elaboradas com base nas evidências científicas da literatura e nas *guidelines* internacionais. Assim, a PUKAT (Anexo C) engloba 6 grandes áreas na prevenção da UP: etiologia/desenvolvimento da UP; observação e classificação; nutrição; avaliação do risco; prevenção da magnitude e duração de pressão/forças de torção. O número de respostas de opção múltipla tem por base a relevância de cada questão, sendo que a cada questão corresponde uma opção correta.

Para além das duas escalas anteriormente descritas, foi também utilizada uma grelha de observação, construída pela investigadora para o estudo, e analisada por 2 peritos na área da prevenção da UP, pretendendo-se avaliar as práticas dos enfermeiros na prevenção da UP ao doente crítico (Apêndice B).

A recolha de dados foi efetuada no mês de janeiro e fevereiro de 2019. Para assegurar o anonimato e a confidencialidade, os questionários foram recolhidos em envelope fechado e codificados. Toda a população respondeu ao questionário à exceção de um enfermeiro.

O questionário voltará a ser aplicado ao longo do mês de novembro, visto ser o mês em que se comemora o Dia Internacional da Prevenção da UP e se considerar ter decorrido o tempo suficiente desde a primeira formação. Nesse momento serão avaliados e comparados os resultados obtidos com os resultados do questionário aplicado em janeiro e fevereiro.

A observação das práticas dos enfermeiros na prevenção da UP foi efetuada sempre no turno diurno, com início às 8:30h e termino às 21h, limitando-se a observar um enfermeiro em cada turno, visto que a investigadora observou o enfermeiro em todos os



posicionamentos do doente. Foram observados 12 enfermeiros, portanto, não foi possível observar toda a população do estudo. A limitação das observações deveu-se quer à escassez de tempo, quer à dificuldade da investigadora em observar o enfermeiro em todos os momentos de prestação de cuidados de enfermagem. Todos os enfermeiros consentiram serem observados, no entanto não sabiam em que momento ocorria a observação.

Para a análise SWOTT do presente projeto foram tidos em consideração os seguintes documentos:

- *Guidelines* emitidas pela EPUAP/NPUAP/PPPIA em 2014 - Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida.
- Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020, delineado pelo Ministério da Saúde e como resposta a orientações europeias sobre segurança no sistema de saúde. Este plano pretende, que em cinco anos “95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementem práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão” e “reduzir em 50% face a 2014 o número de úlceras de pressão adquiridas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde.” (Despacho nº 1400-A/2015, 2015, p. 3882).
- Plano de formação existente na UCIP do Hospital da zona norte onde decorre o estudo, que integra um módulo destinado à prevenção de UP.

### **1.3 – Apresentação e análise dos resultados**

Os resultados foram obtidos através do preenchimento do questionário por 32 enfermeiros da UCIP onde se desenvolve o projeto, bem como da observação da prática de cuidados de enfermagem ao doente crítico através do preenchimento de uma grelha de observação.

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa informático SPSS *Statistics* 24 (versão 24), recorrendo a medidas descritivas, nomeadamente, médias, frequências e percentagem para uma melhor visão e preponderância do enquadramento das variáveis

A apresentação dos resultados inicia com a caracterização sociodemográfica e socioprofissional da população, seguida da análise da formação, conhecimentos, atitudes e conhecimentos dos enfermeiros na área da prevenção da UP. Termina-se com a análise da observação das práticas dos enfermeiros na prevenção da UP e análise SWOT.

### 1.3.1 – Caracterização Sociodemográfica da amostra

A população que participou no estudo é constituída por 32 enfermeiros (tabela 2), sendo que 31,3% (n=10) são do sexo masculino e 68,8% (n=22) são do sexo feminino. Relativamente à idade, a grande percentagem (56,3%) situa-se na faixa etária entre os 31 e os 40 anos.

**Tabela 2** - Distribuição da amostra de acordo com o sexo e a idade

		n	%
<b>SEXO</b>	Feminino	22	68,8
	Masculino	10	31,3
	Total	32	100,0
<b>IDADE</b>	Inferior a 30 anos	5	15,6
	31 a 40 anos	18	56,3
	41 a 50 anos	6	18,8
	Superior a 51 anos	3	9,4
	Total	32	100

n (frequência); % (percentagem válida)

### 1.3.2 – Caracterização Socioprofissional

Quanto à experiência profissional como enfermeiro (tabela 3), a média é de 14,66 anos e a mediana de 11,50 anos, sendo que o enfermeiro com menor tempo de experiência profissional possui 2 anos de experiência e o enfermeiro com maior experiência profissional possui 37 anos de experiência. No que concerne à experiência profissional como enfermeiro em Cuidados Intensivos, a média é de 9,91 anos e a mediana de 8,00 sendo que o valor mínimo é de 2 anos e o valor máximo de 32 anos.

**Tabela 3** - Experiência profissional como enfermeiro/enfermeiro em UCIP

	Experiência Profissional como enfermeiro	Experiência Profissional como enfermeiro em UCIP
<b>Média</b>	14,66	9,91
<b>Mediana</b>	11,50	8,00
<b>Mínimo</b>	2	2
<b>Máximo</b>	37	32

No que se refere às habilitações académicas dos enfermeiros (n=32) que participaram no estudo (tabela 4), a quase totalidade da amostra (n=31) apresenta o Curso de Licenciatura em Enfermagem, sendo que apenas um enfermeiro possui o Curso de Enfermagem Geral. No que se refere à formação complementar, 11 enfermeiros possuem especialidade em enfermagem, destes 6 enfermeiros possuem apenas a especialidade em enfermagem (18,8%), 1 enfermeiro possui a especialidade de enfermagem e uma pós-graduação (3,1%), 2 enfermeiros possuem a especialidade de enfermagem, uma pós-graduação e mestrado (6,3%), 3 enfermeiros possuem a especialidade de enfermagem e mestrado (6,3%). De referir que mais de metade dos enfermeiros (59,3%) não possui qualquer formação complementar.

**Tabela 4** - Habilitações académicas dos enfermeiros

		n	%
Habilitações académicas (formação inicial)	Curso de Enfermagem Geral	1	3,1
	Licenciatura	31	96,9
	Total	32	100
Habilitações académicas (formação complementar)	Especialidade em Enfermagem	6	18,8
	Mestrado	1	3,1
	Pós-Graduação em Enfermagem	1	3,1
	Especialidade em Enfermagem + Pós-Graduação + Mestrado	2	6,3
	Especialidade em Enfermagem + Mestrado	2	6,3
	Especialidade em enfermagem + Pós-Graduação	1	3,1
	Não possui formação complementar	19	59,3%
	Total	32	100

No serviço de UCIP em estudo, dos enfermeiros especialistas (n=11), apenas 3 enfermeiros possuem a especialidade em enfermagem de reabilitação, sendo que existem 8 enfermeiros com a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica (tabela 5).

No que se refere a pós-graduações na área da enfermagem, mais de três quartos da equipe não possui formação (n=26), sendo que os que possuem se distribuem por áreas muito diversas (n=6). A pós-graduação mais prevalente é na área da Supervisão Clínica em enfermagem (n=2). Os restantes enfermeiros com pós-graduação distribuem-se pelas

seguintes áreas: Cuidados Paliativos (n=1), Enfermagem de Emergência e Catástrofe (n=1), Enfermagem Avançada, Intervenção Avançada em Feridas (n=1), Ventilação não Invasiva (n=1).

Os enfermeiros que possuem mestrado (n=6) no serviço em estudo, estão distribuídos pelo Mestrado em Pessoa em Situação Crítica (n=5) e Mestrado em Bioética (n=1), sendo que 81,3% dos enfermeiros não possuem qualquer Mestrado na área da enfermagem (tabela 5)

**Tabela 5** - Distribuição dos enfermeiros por Especialidade, Pós-Graduações e Mestrado

		n	%
Especialidade de Enfermagem	Médico Cirúrgica	8	25
	Reabilitação	3	9,4
	Sem especialidade	21	65,6
	Total	32	100,0
Pós-Graduações em Enfermagem	Cuidados Paliativos	1	3,1
	Emergência e Catástrofe	1	3,1
	Enfermagem Avançada	1	3,1
	Supervisão Clínica	2	9,2
	Intervenção Avançada em Feridas	1	3,1
	Ventilação não invasiva	1	3,1
	Sem Pós-Graduações	26	81,3
	Total	32	100,0
Mestrado	Bioética/Economia	1	3,1
	Doente Crítico	5	15,6
	Sem Mestrado	26	81,3
	Total	32	100,0

### 1.3.3 – Formação e conhecimentos sobre as úlceras de pressão

Dos enfermeiros que participaram no estudo (tabela 6), 81,3% (n=26) referiram que os conhecimentos que possuíam na área da prevenção das UP eram suficientes, ao invés de 18,8% (n= 6) dos participantes que referiram conhecimentos insuficientes. Apenas 9,4% (n= 3) referem não possuir formação na área da prevenção das UP. Tendo em conta o modo de aquisição da formação na área da prevenção de UP, a maior percentagem vai para a Formação em Serviço como única forma de formação (37,9%, n=11), sendo que 31 % dos enfermeiros (n=9) adquiriu conhecimentos quer em Formação de Serviço, quer em Congressos e Seminários.

**Tabela 6** - Formação dos enfermeiros na área da prevenção da UP

		n	%
Conhecimentos na área da prevenção das UP	Suficientes	26	81,3
	Insuficientes	6	18,8
	Total	32	100
Formação na área da prevenção das UP	Sim	29	90,6
	Não	3	9,4
	Total	32	100
Formação na área da prevenção da UP	Formação em Serviço	11	37,9
	Seminários	1	3,4
	Congressos de enfermagem	1	3,4
	Formação em Serviço+ Congressos+ Seminários	7	24,1
	Formação em serviço+ Congressos+ Outros	9	31,0
	Total	29	100
Última formação na área da prevenção das UP	Menos de 1 ano	14	48,3
	Entre 1 a 3 anos	15	51,7
	Há mais de 3 anos	0	0
	Total	29	100
Conhecimento das <i>Guidelines</i> emitidas pela NPUAP/EPUAP/PPPIA	Sim	9	28,1
	Não	23	71,9
	Total	32	100

Quanto ao tempo decorrido entre a última formação sobre UP, 48,3 % dos enfermeiros (n=14) fizeram formação no último ano e 51,7 % (n=15) nos últimos três anos.

As *guidelines* emitidas pela NPUAP/EPUAP/PPPIA são conhecidas por apenas 28,1% (n=9) dos enfermeiros em estudo.

#### 1.3.4 – Atitudes dos enfermeiros na prevenção das úlceras de pressão

Quanto às atitudes que refletem a importância da intervenção dos enfermeiros na prevenção da UP e que correspondem ao Fator 1 da escala, designado por Importância (quadro 2), denota-se que a amostra em estudo apresenta uma atitude positiva, sendo que a maioria da amostra reconhece que a UP é inconveniente para o doente.

**Quadro 2** - Atitudes que refletem a importância da intervenção dos enfermeiros na prevenção das UP

Nº do item	Itens	M	D	%			
				CB	C	D	DB
3	As úlceras de pressão raramente são inconvenientes para os doentes.*	1,25	,672	3,1	3,1	9,4	84,4
4	O impacto das úlceras de pressão nos doentes não deve ser exagerado.*	1,81	,821	3,1	15,6	40,6	40,6
15	É dedicada demasiada atenção às úlceras de pressão.*	1,84	,369	0	0	84,4	15,6
19	O principal responsável pela prevenção de úlceras de pressão é o médico assistente.	1,47	,507	0	0	46,9	53,1
23	A informação adicional não melhora a prevenção de úlceras de pressão.*	1,44	,504	0	0	43,8	56,3
32	As úlceras de pressão quase nunca são evitáveis.*	1,69	,693	3,1	3,1	53,1	40,6

M) Média; D) Desvio padrão; % Percentagem (frequência); CB) Concordo Bastante; C) Concordo; D) Discordo; DB) Discordo bastante; \*) Itens de sentido invertido.

Quanto às atitudes que refletem a responsabilização na prevenção da UP (quadro 3), que integram o Fator 2 - Responsabilidade da escala, os enfermeiros atribuem um grande papel às administrações, considerando que os enfermeiros desempenham também um papel muito importante na prevenção. Nos diversos itens os enfermeiros apresentam uma atitude positiva, sendo a menos positiva a que se refere ao sentimento de responsabilização pelo desenvolvimento de UP por parte do enfermeiro, como podemos verificar no quadro que se segue.

**Quadro 3** - Atitudes acerca da atribuição da responsabilização da prevenção das UP

Nº do item	Itens	M	D	%			
				CB	C	D	DB
9	A administração deve desempenhar um papel importante no desenvolvimento de protocolos de prevenção de úlceras de pressão.	1,5	,568	53,1	43,8	3,1	0
10	A prevenção de úlceras de pressão deve ser uma prioridade para os enfermeiros.	1,38	,609	68,8	25	6,3	0
14	A prevenção de úlceras de pressão deveria ser uma prioridade.	1,38	,554	65,6	31,3	3,1	0
17	17- Se os meus doentes desenvolverem uma úlcera de pressão, sinto que sou responsável pelo facto.	2,41	,756	9,4	46,9	37,5	6,3
18	A minha contribuição é importante para a prevenção de úlceras de pressão.	1,38	,492	62,5	37,5	0	0

M) Média; D) Desvio padrão; % Percentagem (frequência); CB) Concordo Bastante; C) Concordo; D) Discordo; DB) Discordo bastante

Foram detetadas atitudes menos positivas por parte dos enfermeiros, no que se refere aos fatores que impedem uma prevenção eficaz da UP (Fator 3- Obstáculos/barreira), como podemos verificar no quadro 4, sendo a falta de tempo um dos fatores que impede a prevenção da UP.

**Quadro 4** - Atitudes acerca dos fatores que impedem uma prevenção eficaz das UP

Nº do item	Itens	M	D	%			
				CB	C	D	DB
11	Não tenho tempo disponível suficiente para prevenir de forma adequada as úlceras de pressão.	3,19	,644	0	12,5	56,3	31,3
12	A política da administração não tem impacto na prevenção de úlceras de pressão.*	2,16	,628	3,1	18,8	68,8	9,4
16	A prevenção das úlceras de pressão é alvo de demasiada atenção. Existem problemas mais importantes. *	2,13	,609	0	25	62,5	12,5
31	No caso de doentes com elevada propensão para úlceras de pressão, o desenvolvimento de úlcera de pressão é geralmente inevitável.*	2,69	,644	9,4	50	40,6	0

M) Média; D) Desvio padrão; % Percentagem (frequência); CB) Concordo Bastante; C) Concordo; D) Discordo; DB) Discordo bastante; \*) Itens de sentido invertido.

Relativamente à Confiança na Eficácia- Fator 4 (quadro 5), os enfermeiros do estudo apresentam uma atitude positiva quanto à importância de uma prevenção eficaz na UP, sendo que realçam a necessidade de aprender novas perspetivas sobre a prevenção de UP.

**Quadro 5** - Atitudes que dizem respeito à importância e impacto de uma prevenção eficaz nas UP

Nº do item	Itens	M	D	%			
				CB	C	D	DB
22	É importante aprender novas perspetivas sobre prevenção de úlceras de pressão.	1,31	,471	68,8	31,3	0	0
29	Se existir uma boa prevenção, a maioria das úlceras de pressão podem ser evitadas.	1,72	,634	34,4	62,5	0	0
30	Muitas úlceras de pressão podem ser evitadas se se utilizar um protocolo de prevenção.	1,75	,622	32,3	65,6	3,1	0

M) Média; D) Desvio padrão; % Percentagem (frequência); CB) Concordo Bastante; C) Concordo; D) Discordo; DB) Discordo bastante

Quanto às atitudes que refletem a capacidade de cada enfermeiro na prevenção da UP (Fator 5- Competências pessoais), a amostra em estudo revela uma atitude positiva (quadro 6).

**Quadro 6** - Atitudes relativas às capacidades individuais na prevenção das UP

Nº do item	Itens	M	D	%			
				CB	C	D	DB
25	Sou capaz de prestar cuidados preventivos de UP adequados.	1,69	,471	31,3	68,8	0	0
26	Tenho competências suficientes para implementar medidas preventivas de úlceras de pressão.	1,81	,471	21,9	75	3,1	0
27	A prevenção de úlceras de pressão não é uma tarefa fácil; a este respeito, os outros prestadores de cuidados são mais capazes do que eu.*	1,78	,608	3,1	0	68,8	28,1
28	Sou incapaz de prestar cuidados preventivos adequados de úlceras de pressão.*	1,53	,621	0	9,4	40,6	50

M) Média; D) Desvio padrão; % Percentagem (frequência); CB) Concordo Bastante; C) Concordo; D) Discordo; DB) Discordo bastante; \*) Itens de sentido invertido.

Globalmente as atitudes são positivas (apresentando um valor médio de 1,8), sendo que as atitudes mais negativas se verificam na dimensão “Obstáculos/Barreira” que impedem uma prevenção eficaz da UP (quadro 7), sendo que também foi a mais negativa identificada por Baptista (2012). As atitudes da dimensão “Importância”, “Confiança na Eficácia”, “Responsabilização” e “Competências Pessoais” são positivas.

**Quadro 7** - Caracterização da amostra quanto às atitudes perante a prevenção da UP

Fatores	Média	Desvio Padrão
Importância	1,58	,584
Responsabilidade	1,61	,595
Obstáculos e Barreira	2,52	,631
Confiança na Eficácia	1,59	,575
Competências Pessoais	1,70	,542
APu-PT	1,8	,585

### 1.3.5 – Conhecimento da amostra sobre prevenção de úlceras por pressão

Apresentam-se os resultados da avaliação de conhecimentos dos enfermeiros na prevenção de UP através da utilização da PUKAT. Os resultados foram agrupados por temas: Etiologia e desenvolvimento de UP; Classificação e observação; Avaliação de risco;



Nutrição; Medidas preventivas (redução da quantidade de pressão e forças de torção); Medidas de prevenção (redução da duração da pressão e forças de torção).

Na tabela 7 apresenta-se a distribuição das respostas relativamente ao tema “Etiologia e desenvolvimento de UP” abordado pela PUKAT. A humidade e a má nutrição foram identificadas pelos enfermeiros participantes como estando na etiologia das UP, sendo que apenas 12,5% (n= 4) identificaram a falta de oxigénio como etiologia da UP. É notório também o desconhecimento das forças de torção como fator etiológico definido pela EPUAP/NPUAP/PPPIA (2014). Os fatores intrínsecos ao doente merecem relevância por parte dos enfermeiros participantes no estudo.

**Tabela 7** - Etiologia e Desenvolvimento de UP - Distribuição das respostas

Nº	Questões	Respostas	n	%
1	Qual das afirmações está correta?	Uma falta de oxigénio provoca UP. *	4	12,5
		A má nutrição provoca UP.	19	59,4
		A humidade provoca UP.	7	21,9
		Não resposta.	2	6,3
2	Doentes extremamente magros correm maior risco de desenvolver UP do que doentes obesos.	Correto. A área envolvida é pequena e, portanto, a quantidade de pressão é superior. *	25	78,1
		Incorreto. A pressão é menor porque o peso corporal desses doentes é inferior ao peso corporal dos doentes obesos.	1	3,1
		Incorreto. O risco de desenvolver uma perturbação vascular é maior nos obesos, o que aumenta o risco de desenvolver UP.	5	15,6
		Não resposta	1	3,1
3	O que acontece quando um doente sentado numa posição semi sentada (60º) escorrega?	A força de torção aumenta quando a pele adere à superfície.*	18	56,3
		A fricção aumenta quando a pele adere à superfície.	10	31,3
		A pressão aumenta quando a pele adere à superfície.	3	9,4
		Não resposta	1	3,1
4	Qual das afirmações está correta?	A força de torção ocorre quando o corpo desliza e a pele adere à superfície.*	22	68,8
		A humidade devido à urina, fezes ou drenagem de feridas provoca UP.	9	28,1
		O sabão pode desidratar a pele e, portanto, aumenta o risco de UP.	1	3,1
5	Qual das afirmações está correta?	A perda de peso recente, que colocou um doente abaixo do seu peso ideal, aumenta o risco de UP. *	28	87,5
		Doentes obesos que utilizem medicação para diminuir a circulação sanguínea periférica não têm risco de desenvolver UP.	2	6,3
		A má nutrição e a idade não têm impacto na tolerância dos tecidos quando o doente tem um peso normal.	2	6,3
12		A hipertensão. *	26	81,3
		A idade.	4	12,5

Nº	Questões	Respostas	n	%
	Não existe relação entre o risco de UPs e:	A desidratação.	1	3,1
		Não resposta	1	3,1

n) frequência; % percentagem; \*) resposta correta

Os participantes revelaram déficit de conhecimentos das *guidelines* de classificação e observação. Evidenciam-se dificuldades quer na classificação das UP, quer no timing de observação da pele. O déficit de conhecimentos foi menos acentuado na identificação de feridas abrasivas e flitenas. A maioria dos inquiridos reconhece os locais mais frequentes para o surgimento de UP, como podemos verificar na tabela que se segue (tabela 8).

**Tabela 8** - Classificação e Observação - Distribuição das respostas

Nº	Questões	Respostas	N	%
6	Qual das afirmações está correta?	Uma UP que se estenda até à fáscia é de categoria 3. *	14	43,8
		Uma UP que se estenda através da fáscia subjacente é uma UP de categoria 3.	3	9,4
		Uma UP de categoria 3 é sempre precedida por UP de categoria 2.	13	40,6
		Não resposta	2	6,3
7	Qual das afirmações está correta?	Quando ocorre necrose, trata-se de uma UP de categoria 3 ou categoria 4. *	17	53,1
		Todas as categorias (1, 2, 3 e 4) de UP envolvem perda de camadas cutâneas.	3	9,4
		Uma flitena no calcanhar de um paciente é sempre uma UP de categoria 2.	10	31,3
		Não resposta	2	6,3
8	Paciente desenvolve flitena devido a mover continuamente o calcanhar em cima dos lençóis. Qual das seguintes afirmações está correta?	A lesão cutânea não é uma UP. *	8	25
		A lesão cutânea é uma UP de categoria I.	3	9,4
		A lesão cutânea é uma UP de categoria 2.	20	62,5
		Não resposta	1	3,1
9	Qual das afirmações está correta?	Pode ocorrer fricção ou aplicação de força de torção ao mover um paciente na cama. *	24	75
		Uma lesão superficial, precedida por um eritema não branqueável deve-se provavelmente a uma lesão por fricção.	2	6,3
		Uma UP geminada é provocada pela pressão e pela força de torção.	5	15,6
		Não resposta	1	3,1
10	Numa posição sentada, é mais provável que as UP se desenvolvam	Na área pélvica, cotovelo e calcanhar. *	30	93,8
		Joelho, tornozelo e anca.	0	0
		Anca, ombro e calcanhar.	2	6,3

Nº	Questões	Respostas	N	%
11	Qual das afirmações está correta?	Os calcanhares de doentes deitados numa superfície que redistribua a pressão deveriam ser observados, no mínimo, uma vez por dia. *	4	12,5
		Todos os doentes que corram risco de desenvolver úlceras de pressão deveriam ser alvo de inspeção cutânea sistemática uma vez por semana.	0	0
		A pele de doentes sentados numa cadeira, que não se possam mexer a si próprios, deveria ser inspecionada a cada duas a três horas.	27	84,4

n) frequência; % percentagem; \*) resposta correta

Os participantes do estudo revelaram conhecimentos nas questões referentes à avaliação de risco, reconhecendo a importância da utilização de uma escala de risco de UP combinada com a avaliação clínica do doente (tabela 9).

**Tabela 9** - Avaliação de Risco - Distribuição das respostas

Nº	Questões	Respostas	N	%
13	Qual das afirmações está correta?	Uma escala de avaliação do risco poderá não prever com precisão o risco de desenvolver uma úlcera de pressão e deverá ser combinada com uma avaliação clínica. *	29	90,6
		As ferramentas de avaliação do risco identificam todos os doentes de alto risco que necessitam de prevenção.	2	6,3
		A utilização de escalas de avaliação do risco reduz o custo da prevenção.	1	3,1
14	Qual das afirmações está correta?	Um doente com um historial de UP corre um risco maior de desenvolvimento de novas úlceras de pressão. *	25	78,1
		O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão deve ser avaliado diariamente em todos os pacientes de enfermagem no domicílio.	3	9,4
		Devem ser utilizados pensos de espuma para minimizar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.	3	9,4
		Não resposta	1	3,1

n) frequência; % percentagem; \*) resposta correta

Apesar de reconhecerem a importância da nutrição adequada na prevenção da UP, os enfermeiros do estudo não responderam corretamente à totalidade das questões referentes à nutrição (tabela 10).

**Tabela 10** - Nutrição - Distribuição das respostas

Nº	Questões	Respostas	N	%
15	Qual das afirmações está correta?	A otimização da nutrição pode melhorar o estado físico geral dos doentes, o que pode contribuir para uma redução do risco de úlceras de pressão. *	29	90,6
		A utilização de suplementos nutricionais pode substituir medidas preventivas dispendiosas.	1	3,1
		A má nutrição provoca úlceras de pressão.	1	3,1
		Não resposta	1	3,1
16	Os doentes com um mau estado nutricional apresentam um maior risco de desenvolvimento de úlceras de pressão porque:	A má nutrição coincide frequentemente com outros fatores, como atividade restrita e movimentos espontâneos limitados. *	16	50
		A deficiência de proteínas estimula o desenvolvimento de úlceras de pressão.	12	37,5
		A deficiência de vitaminas e de zinco estimula o desenvolvimento de úlceras de pressão.	3	9,4
		Não resposta	1	3,1

n) frequência; % percentagem; \*) resposta correta

A generalidade dos inquiridos apresentou a percentagem mais baixa de respostas certas relativamente ao tema “Prevenção de UP: redução da quantidade de pressão e forças de torção” (tabela 11), o que vai de encontro aos resultados obtidos por Batista (2012), mas no estudo de Targari, Mirshekari e Forouzi (2018) foi encontrada uma maior percentagem de respostas corretas. Identificaram-se lacunas de conhecimentos nos posicionamentos dos doentes. Identifica-se também um não reconhecimento dos dispositivos de ar espessado como redutores de pressão. Este inquérito também reflete a utilização de almofadas em “argola” ou “anel”, sendo uma prática não recomendada (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014). Identifica-se também um déficit de conhecimentos quanto ao timing de reposicionamento de acordo com a superfície de apoio em uso e uma desvalorização da importância de elevação dos calcâneos.

**Tabela 11** - Medidas preventivas: redução da quantidade de pressão e forças de torção - Distribuição das respostas

Nº	Questões	Respostas	N	%
17	A posição sentada com a menor pressão de contacto entre o corpo e o assento é:	Uma posição sentada inclinada para trás, com ambas as pernas num apoio para pés. *	10	31,1
		Uma posição sentada direita, com ambos os pés num apoio para pés.	9	28,1
		Uma posição sentada direita, com ambos os pés no chão.	13	40,6

Nº	Questões	Respostas	N	%
18	Que esquema de reposicionamento mais reduz o risco de úlcera de pressão?	Posição supina - lado em posição lateral de 30° - lado em posição lateral de 30° - posição supina *	8	25
		Posição supina - lado em posição lateral de 90° - posição supina - posição lateral de 90° - posição supina -...	3	9,4
		Posição supina - lado em posição lateral de 30° - posição sentada - posição lateral de 30° - posição supina -...	20	62,5
19	Qual das afirmações está correta?	Deve ensinar-se aos doentes capazes de mudar de posição, a alterarem a incidência do seu peso a cada 60 minutos, no mínimo, enquanto estiverem sentados numa cadeira. *	27	84,4
		Numa posição deitada lateral, o paciente deverá encontrar-se num ângulo de 90 graus com a cama.	2	6,3
		As forças de torção afetam o sacro ao máximo quando a cabeceira da cama se encontra posicionada nos 30°.	3	9,4
20	Se um doente estiver a escorregar numa cadeira, a magnitude da pressão no assento pode ser mais reduzida através de:	Uma almofada de ar espessa. *	1	3,1
		Uma almofada de espuma em forma de argola.	7	21,9
		Uma almofada de gel.	24	75
21	Qual das afirmações está correta?	Uma almofada de ar espessa deveria ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira. *	2	6,3
		As almofadas em argola ou anel deveriam ser utilizadas para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira.	5	15,6
		Uma almofada de espuma viscoelástica deve ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira.	25	78,1
22	Num doente com risco de desenvolver uma úlcera de pressão, um colchão de espuma viscoelástica...	Necessita de ser combinado com reposicionamento a cada 4 horas. *	9	28,1
		Necessita de ser combinado com reposicionamento a cada 2 horas.	23	71,9
		Reduz suficientemente a pressão e não necessita de ser combinado com reposicionamento.	0	0
23	Uma desvantagem de um colchão de água assenta em:	Os pequenos movimentos corporais espontâneos são reduzidos. *	25	78,1
		A força de torção nas nádegas aumenta	2	15,6
		A pressão nos calcanhares aumenta.	2	6,3

Nº	Questões	Respostas	N	%
24	Quando um doente está deitado num colchão de espuma redutor de pressão:	A elevação dos calcanhares é importante. *	2	6,3
		A elevação dos calcanhares não é necessária.	12	37,5
		Deve ser despistada a ocorrência de afundamento (bottoming out), pelo menos duas vezes por dia.	17	53,1
		Não respondeu	1	3,1

n) frequência; % percentagem; \*) resposta correta

Quanto às “Medidas preventivas de UP: redução da duração da pressão e forças de torção” (tabela 12) identificou-se um déficit de conhecimentos mais acentuado na importância de elevar os calcâneos como medida de prevenção de UP. Contata-se também déficit de conhecimentos na distinção entre “duração de pressão” e “quantidade de pressão”. De realçar que os enfermeiros do estudo reconhecem o reposicionamento como medida mais eficaz para a prevenção da UP.

**Tabela 12** - Medidas preventivas: redução da duração da pressão e das forças de torção - Distribuição das respostas

Nº	Questões	Respostas	N	%
25	O reposicionamento é um método preventivo preciso porque...	A duração da pressão e da força de torção serão reduzidas. *	19	59,4
		A magnitude da pressão e da força de torção serão reduzidas.	1	3,1
		A quantidade e duração da pressão e da força de torção serão reduzidas.	11	34,4
		Não respondeu	1	3,1
26	Serão menos os doentes a desenvolverem uma úlcera de pressão se...	Se mobilizarem os pacientes. *	27	84,4
		As áreas em risco forem massajadas.	2	6,3
		Forem providenciados suplementos alimentares.	1	3,1
		Não respondeu	2	6,2
27	Qual das seguintes afirmações está correta?	Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de espuma não redutor de pressão deverão ser reposicionados a cada duas horas. *	19	59,4
		Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de ar alternado deveriam ser reposicionados a cada 4 horas.	1	3,1
		Os doentes em risco, que estejam deitados num colchão de espuma visco-elástica deveriam ser reposicionados a cada 2 horas.	12	37,5

Nº	Questões	Respostas	N	%
28	Quando um doente está deitado num colchão de ar de pressão alternada, a prevenção de úlceras de pressão nos calcanhares inclui:	Uma almofada sob as pernas elevando os calcanhares.*	12	37,5
		Uma almofada redutora da pressão sob os calcanhares.	19	59,4
		Nenhuma medida preventiva específica.	1	3,1
29	Se um doente acamado não puder ser reposicionado, a forma de prevenção de úlceras de pressão mais apropriada é:	Um colchão de ar de pressão alternada.*	17	53,1
		Um colchão de espuma de redistribuição de pressão.	15	46,9
		Tratamento local das áreas de risco com pomada de óxido de zinco.	0	0

n) frequência; % percentagem; \*) resposta correta

Da totalidade das respostas dos inquiridos calculou-se a média da percentagem de respostas corretas por área de conhecimentos na prevenção da UP, sendo que as áreas de conhecimentos onde os enfermeiros em estudo tiveram menor percentagem de respostas corretas foi nas “Medidas preventivas: Redução da quantidade de pressão e forças de torção”, seguido da “Classificação e Observação”, conforme se observa na tabela 13.

**Tabela 13** - Percentagem de respostas corretas por área de conhecimento

Área de conhecimento	Percentagem de respostas corretas
Medidas preventivas: redução da quantidade de pressão e forças de torção	32,8 %
Classificação e Observação	50 %
Medidas preventivas: redução da duração da pressão e das forças de torção	58,8 %
Etiologia da UP	64 %
Nutrição	70,3 %
Avaliação de Risco	84,4 %

### 1.3.6 – Práticas dos enfermeiros na prevenção da UP

O registo das observações foi efetuado em grelha própria e desta observação (tabela 14) verificou-se que em 2 doentes as superfícies de apoio não estavam adequadas ao doente, não sendo identificado pelo enfermeiro responsável o seu inadequado uso.

**Tabela 14** - Resultados da observação das práticas dos enfermeiros pré ação educacional

<b>Cuidados de enfermagem</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não se aplica</b>
1- Escolha da superfície de apoio e seu correto posicionamento, na admissão do utente	10	2	
2- Reposicionamento do doente no timing adequado, atendendo à sua condição física e à superfície de apoio utilizada (1)	10	2	
3- Aquando a admissão do doente, realizada avaliação estruturada do risco (através da Escala de Braden) com a maior brevidade possível, com registo no processo clínico, dentro de um prazo máximo de oito horas.	12		
4-Realizada avaliação estruturada do risco diariamente.	12		
5-Realizada a avaliação completa da pele e sinais de úlcera por pressão, dentro de um prazo máximo de oito horas após a admissão do doente.	12		
6-Realizada a avaliação completa da pele e sinais de úlcera de pressão 2x no turno.	5	5	
7-Relativamente aos cuidados de prevenção de UP associados a dispositivos médicos:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colar cervical: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigiar a pele pelo menos 2x no turno,</li> <li>- Trocar o colar cervical 1x no turno;</li> <li>- Cuidados com a pele, nomeadamente manter a pele seca;</li> </ul> </li> </ul>		2	10
	1	1	10
		2	10
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Máscara facial/full face utilizadas na Ventilação Não Invasiva (VNI): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quando VNI contínua alternar máscara facial com full face;</li> <li>- Quando a utilização de apenas uma máscara, utilizar penso de proteção (penso de poliuretano);</li> </ul> </li> </ul>			12
			12
• SNG- troca do ponto de pressão 1x no turno	8	4	
• Algália- posicionamento da mesma para o lado do decúbito (em doentes com contra indicação para posicionar, alternância do posicionamento, pelo menos 3/3 horas)	7	5	
• Tubo endotraqueal- alternância de posição pelo menos 1x turno	8	4	
8-Aplicar creme hidratante pelo menos 1 vez no turno de 12 horas.	10	2	
9-Aplicar ácidos gordos nos locais sujeitos a pressão pelo menos 1x no turno de 12 horas.	8	4	
10- Proteger a pele da exposição à humidade excessiva através do uso de produtos de barreira.	2	6	4
11-Manutenção da pele seca (2)	2	6	4
12- Higiene íntima sem fricção	12		
13- Massajar zonas sujeitas a pressão aquando a aplicação de creme hidratante ou ácidos gordos.	3	9	

Quanto ao timing de reposicionamento do doente verificamos que este era sempre de 3/3 h independentemente da condição do doente e da superfície de apoio utilizada. verificaram-se duas situações em que os doentes não tendo indicação para serem mobilizados devido à instabilidade hemodinâmica, não apresentavam as superfícies de apoio mais adequadas.

Das observações efetuadas verificou-se que em todos os doentes foi realizada uma avaliação estruturada do risco através da escala de Braden, dentro de um prazo de oito



horas e com registo no processo clínico. A avaliação estruturada do risco também foi avaliada diariamente em todos os doentes com o respetivo registo no processo clínico.

Quanto à avaliação completa da pele e sinais de UP, nomeadamente zonas sujeitas a pressão, verificou-se que as mesmas apenas foram inspecionadas uma vez no turno de 12,5h. Assim constatou-se que em três doentes apenas foram observados sinais de UP no momento dos cuidados de higiene. Foram observadas duas situações em que os doentes apresentavam colar cervical permanentemente, sendo que a pele apenas foi inspecionada uma vez no turno de 12,5h. O registo no processo clínico de sinais de UP é efetuado de 6/6h, sem referência à descrição de sinais de UP nas zonas sujeitas a pressão por dispositivo médico. Constataram-se 4 situações em que o ponto de fixação da sonda nasogástrica não foi alternado, bem como a posição do tubo endotraqueal. No que se refere à alternância da posição da algália, verificou-se que nos doentes que efetuavam os diversos decúbitos, a posição da algália foi sempre alternada. No entanto, no doente que não tinha condições hemodinâmicas para ser mobilizado não se verificou alternância do dispositivo médico.

Verificou-se que a intervenção hidratar a pele com creme hidratante não foi executada por dois enfermeiros, sendo que os mesmos utilizaram os ácidos gordos não só nas zonas sujeitas a pressão, mas também para hidratar a pele. Constatou-se também a não utilização de ácidos gordos nas zonas sujeitas a pressão por 4 enfermeiros.

No que se refere à proteção da pele do excesso de humidade através da limpeza da pele e utilização de um produto barreira verificou-se que dos 8 doentes com pele húmida apenas dois enfermeiros aplicaram um produto de barreira após os cuidados de higiene. A manutenção da pele seca foi efetuada por todos aquando os cuidados de higiene e apenas 2 enfermeiros voltaram a fazê-lo no decorrer do turno.

Durante a observação 3 doentes apresentavam rubor branqueável no sacro, sendo que os enfermeiros massajaram as zonas sujeitas a pressão, uma intervenção que não está recomendada pela NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014).

#### **1.4 – Discussão dos resultados**

A amostra em estudo é constituída por 32 enfermeiros, na sua maioria do sexo feminino (68,8%), sendo a faixa etária mais frequente entre os 31 e os 40 anos (56,3%). Quanto à experiência profissional como enfermeiro a média é de 14,66 anos e a média de anos como enfermeiro em Cuidados Intensivos é de 9,91 anos, pelo que estamos perante uma equipe com alguns anos de experiência profissional. No entanto, mais de metade da equipe

(59,3%) não possui qualquer formação complementar na área de enfermagem (pós-graduação, especialidade, mestrado), sendo que apenas 37,5% possuem a especialidade em enfermagem (25% possui a especialidade em enfermagem médico cirúrgica e 9,4% possui a especialidade de enfermagem de reabilitação). Apenas uma pessoa possui uma pós-graduação em Intervenção Avançada em Feridas.

Quando questionados sobre os conhecimentos na área da prevenção da UP a maioria (81,3%) referiu possuir conhecimentos suficientes, no entanto os resultados obtidos revelaram défices de conhecimentos em várias áreas, que serão especificadas mais adiante. Os congressos de enfermagem e as formações em serviço constituem a forma mais utilizada pelos participantes para a aquisição de conhecimentos na área da prevenção da UP, sendo que toda a equipe frequentou uma formação nesta área à menos de 3 anos. No entanto, apenas 28,1% dos enfermeiros do estudo refere conhecer as *guidelines* da Prevenção da UP emitidas pela NPUAP/EPUAP/PPPIA em 2014.

No que se refere às atitudes dos enfermeiros na prevenção da UP globalmente são positivas, sendo que a APu-PT apresentou um score médio de  $1,8 \pm 0,585$  o que vai de encontro ao resultado ( $1,69 \pm 0,275$ ) do estudo de Peça (2016) sobre as atitudes dos enfermeiros de cuidados Intensivos perante a prevenção da UP em hospitais da região norte do país. Um outro estudo, obteve resultados de  $2,69 \pm 0,470$ , ou seja, atitudes menos positivas por parte dos enfermeiros iranianos, sendo que a equipe de enfermagem era significativamente mais jovem (62% com idade entre os 20 e os 30 anos) e com menos tempo de experiência (80% com 1 a 6 anos de experiência em UCI) do que a população em estudo (Tirgari, Mirshekari, Forouzi, 2018).

No presente estudo a atitude mais negativa ( $2,52 \pm 0,631$ ) foi na dimensão “Obstáculos/Barreira” que impedem uma prevenção eficaz da UP, a mesma dimensão foi identificada por Batista (2012) como a atitude mais negativa por parte dos enfermeiros ( $2,20 \pm 0,600$ ).

Globalmente, as atitudes dos enfermeiros perante a prevenção da UP em Cuidados Intensivos são positivas (apresentando um valor médio de 1,8), sendo que as atitudes mais negativas se verificam na dimensão “Obstáculos/Barreira” que impedem uma prevenção eficaz da UP, sendo que também foram as atitudes mais negativas identificadas por Baptista (2012) nos enfermeiros. As atitudes da dimensão “Importância”, “Confiança na Eficácia”, “Responsabilização” e “Competências Pessoais” são positivas.

No que se refere ao conhecimento dos enfermeiros na área da prevenção da UP, a maior percentagem de respostas corretas corresponde aos itens relacionados com a “Avaliação de risco” (84,4%) e “Nutrição” (70,3%). Resultados idênticos foram obtidos por Tirgari,

Mirshekari e Forouzi (2018) para o item da “Nutrição” (73%), no entanto para o item “Avaliação de risco” obtiveram apenas 49% de respostas corretas. Também no estudo efetuado por Galvão [et al.] (2017), foram revelados déficits de conhecimento sobre prevenção de UP.

No seu estudo de tradução e validação da escala PUKAT, Batista (2012) obtém um nível de conhecimentos de 57,2%. No presente estudo o nível de conhecimentos obtido foi idêntico (60%).

Em síntese, o déficit de conhecimento mais acentuado verifica-se no item “Medidas preventivas: redução da quantidade de pressão e forças de torção” com apenas 32,8% de respostas corretas, seguido do item “Classificação e Observação da UP” com 50% de respostas corretas.

O EEER como detentor de conhecimentos específicos e competências técnicas na área da funcionalidade e mobilidade, constitui-se como um forte recurso para junto dos seus pares contribuir para o aumento do conhecimento nesta área e para a mudança de práticas favorecedoras de cuidados de excelência.

Da observação das práticas dos enfermeiros na prevenção da UP constatou-se a prática de várias medidas não recomendadas, como seja a utilização de superfícies de apoio inadequadas, massajar zonas sujeitas a pressão, inexistência de registos da condição da pele em zonas sujeitas a pressão, avaliação da pele e sinais de UP irregular. A avaliação estruturada do risco através da Escala de Braden foi efetuada com a regularidade recomendada. Num estudo efetuado no Brasil, Caliri e Vasconcelos (2017) avaliaram as ações dos enfermeiros de uma UCIP, antes e após a utilização de protocolo de prevenção de UP e concluíram maior frequência de ações de enfermagem preventivas de UP após o uso do protocolo, o que demonstra a importância dessa ferramenta na adoção das recomendações baseadas em evidências científicas pelos profissionais. Num estudo efetuado por Anderson (2015), as úlceras de pressão diminuíram de 15,5% para 2,1% após a aplicação da bundle de cuidados; A adesão aumentou para a intervenção “elevação do calcâneo” e verificou-se também um aumento nos reposicionamentos. A utilização de um conjunto de medidas, baseadas na evidência científica, desempenhou um papel altamente significativo na redução de UP.

A investigadora optou também por fazer uma análise SWOT, de forma a analisar as diversas variáveis que poderiam interferir no desenvolvimento deste projeto.

Desta forma, perante as necessidades encontradas foram também ponderadas as forças (pontos fortes, potencialidades, vantagens) e as fraquezas internas existentes (pontos fracos), de modo definir um plano de ação que conduza a uma melhoria da qualidade dos

cuidados de enfermagem na prevenção de UP em Cuidados Intensivos. Foram também reconhecidas as oportunidades de intervenção (elementos favoráveis externos), assim como, as ameaças (fatores ou circunstâncias externas) que possam prejudicar a consecução do projeto. Segundo Lindo [et al.] (2009) as condições para o sucesso de uma análise SWOT são:

- a análise SWOT é uma conclusão das análises externas e internas;
- a análise SWOT deve identificar os elementos chave que permitam estabelecer prioridades;
- permitir uma análise clara dos riscos a ter em conta e os problemas a resolver.

**Tabela 15** - Análise SWOT do trabalho de projeto

Fatores Internos	Pontos Fortes	Pontos Fracos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoria na prestação de cuidados</li> <li>• Ganhos diretos e indiretos em saúde</li> <li>• Recetividade por parte da equipe de enfermagem e gestão</li> <li>• Existência de diagnóstico de situação</li> <li>• Desenvolvimento de investigação na área da EEER</li> <li>• Motivação do gestor do projeto e respetiva chefia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resistência à mudança</li> <li>• Equipa de enfermagem heterogénea quanto à experiência e formação</li> <li>• Descrença na eficácia da prevenção da UP</li> </ul>
Fatores Externos	Oportunidade	Ameaças
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inexistência de projeto de prevenção de UP no serviço</li> <li>• Relevância para a prática de cuidados</li> <li>• Política de saúde favoráveis a projetos de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde</li> <li>• Instituição promotora de projetos de melhoria para a qualidade de cuidados</li> <li>• Necessidade real do serviço</li> <li>• Desconhecimento das <i>guidelines</i> internacionais por parte da equipe de enfermagem</li> <li>• Implementação do projeto sem gastos significativos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigadora interna ao serviço</li> <li>• Escassez de recursos (materiais na área da prevenção da UP)</li> <li>• Mudança do modelo organizacional de instituição de Parceria Público Privada para Empresa Público Empresarial.</li> </ul>

A análise SWOT possibilitou a percepção dos pontos fortes e fracos a nível interno e das oportunidades e ameaças a nível externo percebendo as potencialidades e as fragilidades do projeto prevenção de UP. Na UCIP onde se realiza o projeto são muitos os pontos fortes (Forças) impulsionadores e poucos os pontos fracos (Fraquezas) e passíveis de reorientação caso se verifique. A nível externo emergem muitas oportunidades e as ameaças não põem em causa a valia das intervenções.

Após a análise e discussão dos resultados, a investigadora passa a definir os objetivos do projeto face aos resultados obtidos.

## 2 – DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

Após a elaboração do diagnóstico de situação e identificado o problema sobre o qual é necessário intervir, é então necessário definir objetivos a alcançar, num determinado espaço de tempo. Segundo Serrano (2008) os objetivos são os propósitos que pretendemos alcançar com a execução de uma ação planificada e constituem o ponto central de referência, uma vez esclarecidas as necessidades às quais se pretende dar resposta.

Foram definidos os seguintes objetivos específicos para este projeto:

- Desenvolver conhecimento dos enfermeiros sobre as *guidelines* na área da prevenção de UP em Cuidados Intensivos;
- Desenvolver conhecimentos dos enfermeiros na identificação/classificação da UP;
- Desenvolver conhecimentos dos enfermeiros sobre a ação da pressão, cisalhamento, fricção e microclima no desenvolvimento da UP em Cuidados Intensivos;
- Desenvolver conhecimentos dos enfermeiros sobre os posicionamentos adequados para a prevenção da UP em Cuidados Intensivos;
- Desenvolver conhecimentos dos enfermeiros sobre as superfícies de apoio mais adequadas para a prevenção da UP em Cuidados Intensivos;
- Diminuir a taxa de incidência de UP na UCIP;

A finalidade deste projeto é melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem na prevenção da UP ao doente em estado crítico.

### 3 – PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES

O planeamento é a terceira fase da metodologia de projeto em que é elaborado um plano detalhado do projeto com definição e planeamento de atividades a desenvolver e o levantamento dos recursos existente (Ruivo [et al.], 2010). De forma a dar resposta às necessidades identificadas, a investigadora definiu as atividades, estratégias e meios a utilizar de acordo com os objetivos definidos. As atividades desenvolvidas, são para Ruivo [et al.] (2010) o elemento de trabalho realizado no decurso de um projeto. As estratégias, segundo o mesmo autor, referem-se à utilização dos meios definidos no planeamento e os meios consistem na “determinação de quais os recursos - pessoa, equipamento, materiais- necessários e em que quantidades, para a realização das atividades do projeto” (Ruivo [et al.], 2010, p. 21).

As atividades planeadas pela investigadora foram:

1. Ação de formação intitulada: Prevenção de UP em Cuidados Intensivos;
2. Ação de formação intitulada: Posicionar para Prevenir;
3. Ação de Sensibilização para na Prevenção da UP intitulada: STOP UP;
4. Monitorização da implementação das boas práticas na prevenção da UP.

De seguida apresenta-se o planeamento efetuado para cada uma das atividades.

## **ACTIVIDADE Nº 1: “PREVENÇÃO DE UP EM CUIDADOS INTENSIVOS”**

### **FUNDAMENTAÇÃO**

O Plano Nacional para a Segurança das Pessoas 2015-2020 visa, através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde (Despacho nº 5613/2015, 2015). A prestação de cuidados de enfermagem que visem a prevenção de UP à pessoa internada na UCIP, vai de encontro ao enunciado descritivo prevenção de complicações, na medida em que o EEER na procura permanente da excelência no exercício profissional previne complicações para a saúde da pessoa (OE, 2011a). Por sua vez, a formação dos pares, por parte do EEER, vai de encontro ao enunciado descritivo organização dos cuidados de enfermagem, na medida em que contribui para maximizar a organização dos cuidados de enfermagem, fomentando uma política de formação promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade.

Após análise dos conhecimentos dos enfermeiros da UCIP na área da prevenção da UP, conclui-se que as principais áreas deficitárias são: medidas preventivas de redução da quantidade/duração das forças de pressão e das forças de torção e a classificação e identificação das UP. Assim, procedeu-se ao planeamento de uma ação de formação que aborde esta temática.

### **OBJETIVO GERAL**

- Aumentar os conhecimentos dos enfermeiros da UCIP na área das medidas preventivas da UP;
- Aumentar os conhecimentos dos enfermeiros da UCIP na área da classificação e identificação da UP.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Apresentar a taxa de incidência de UP da UCIP;
- Dotar os enfermeiros da UCIP de conhecimentos sobre a diferença entre UP e maceração;
- Instruir sobre a classificação da UP;
- Instruir sobre a ação da pressão, cisalhamento, fricção e microclima no desenvolvimento da UP;



- Instruir sobre as propriedades das superfícies de apoio;

#### POPULAÇÃO ALVO

- Enfermeiros da UCIP

#### INTERVENIENTES

- Enfermeiro de Reabilitação

#### ESTRATÉGIAS A UTILIZAR

- Sessão formativa que aborde os seguintes temas: UP/maceração; Classificação da UP; ação das forças de pressão, cisalhamento, fricção e microclima no desenvolvimento de UP; características das superfícies de apoio; melhores práticas para a prevenção de UP (Apêndice C).

#### CALENDARIZAÇÃO

- 21/03/2019 – 9h (Duração 1:30h)
- 27/03/2019- 15h (Duração 1:30h)

#### LOCAL

- Sala de formação da UCIP, do hospital da zona norte onde decorre o estudo.

#### RECURSOS

- Computador /Projector;

#### METODOLOGIA E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS

- Interrogativo
- Demonstrativa
- Expositiva

#### ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

- Registo de presenças
- Interação dos formandos questionando e respondendo a questões lançadas pelo formador
- Questionário de avaliação de satisfação da formação (Anexo D)
- Observação mensal das práticas (Apêndice B)

## **ACTIVIDADE Nº 2: “POSICIONAR PARA PREVENIR A UP”**

### **FUNDAMENTAÇÃO**

Sendo a pressão o fator mais importante para o aparecimento da UP, então o alívio da pressão deve ser uma das principais estratégias de intervenção (Menoita, 2016). O posicionamento em diferentes decúbitos visa reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo e contribuir para o conforto, a higiene e a capacidade funcional da pessoa (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014).

### **OBJETIVO GERAL**

- Capacitar os enfermeiros da UCIP para o correto posicionamento do doente.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Instruir sobre a importância da terapêutica de posição na prevenção da UP;
- Treinar os enfermeiros para o correto posicionamento da pessoa no decúbito dorsal, decúbito semi-dorsal, decúbito ventral e da pessoa sentada.
- Treinar os enfermeiros para o uso correto dos dispositivos auxiliares de posicionamento.

### **POPULAÇÃO ALVO**

- Enfermeiros da UCIP

### **INTERVENIENTES**

- Enfermeiro de Reabilitação

### **ESTRATÉGIAS A UTILIZAR**

Sessão formativa que aborde os seguintes aspetos: importância da terapêutica de posição; posicionamento da pessoa no leito; posicionamento da pessoa na cadeira de rodas; dispositivos auxiliares de posicionamento.

### **CALENDARIZAÇÃO**

- A agendar para o segundo semestre de 2019.

### **LOCAL**

- Sala de formação da UCIP, do hospital da zona norte onde decorre o estudo.

### **RECURSOS**

- Computador;

- Projetor;
- Cama
- Colchões
- Almofadas
- Cadeirão

#### METODOLOGIA E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS

- Expositivo
- Interrogativo
- Demonstrativo

#### ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

- Registo de presenças
- Interação dos formandos questionando e respondendo a questões lançadas pelo formador
- Questionário de avaliação de satisfação da formação (Anexo D)
- Observação mensal (Apêndice B)

### ACTIVIDADE Nº 3: “STOP-UP”

#### FUNDAMENTAÇÃO

No dia 20 de novembro comemora-se o Dia Internacional de Prevenção da UP, pelo que o desenvolvimento de atividades de sensibilização para os profissionais de saúde, nesta data, tem especial relevo.

#### OBJETIVO GERAL

- Sensibilizar todos os profissionais de saúde do Hospital da zona norte do país onde decorre o estudo para a importância da prevenção da UP.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Dar a conhecer a *bundle* de prevenção da UP;
- Sensibilizar para a importância da instituição da *bundle* de prevenção da UP;
- Divulgar a experiência de um doente portador de UP;

#### POPULAÇÃO ALVO

- Profissionais de saúde do Hospital da zona norte do país onde decorre o estudo.

#### INTERVENIENTES

- Enfermeiro de Reabilitação;
- Grupo de prevenção da UP da UCIP;
- Grupo de prevenção da UP do Hospital da zona norte do país onde decorre o estudo;
- Doentes que tiveram UP;

#### ESTRATÉGIAS A UTILIZAR

- Sessão formativa de apresentação da *bundle* de prevenção da UP (1h)
- Testemunho de um doente portador de UP (15min);
- Distribuição de panfletos informativos;

#### CALENDARIZAÇÃO

- 20 de Novembro de 2019.

#### LOCAL

- Auditório do hospital da zona norte onde decorre o estudo.

## RECURSOS

- Computador;
- Projetor;
- Panfletos

## METODOLOGIA E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS

- Expositivo
- Interrogativo

## ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

- Registo de presenças
- Questionário de satisfação (Anexo D)

## **ACTIVIDADE Nº 4: “Implementação das boas práticas na prevenção da UP”**

### **FUNDAMENTAÇÃO**

A implementação de recomendações provenientes de diretrizes para a prática clínica é reconhecida como um processo de mudança que exige monitorização (Vasconcelos e Caliri, 2017).

### **OBJETIVO GERAL**

- Implementar boas práticas na prevenção da UP na UCIP, de acordo com as guidelines

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Monitorizar a implementação das boas práticas na prevenção da UP
- Diminuir a taxa de incidência de UP

### **POPULAÇÃO ALVO**

- Enfermeiros da UCIP do hospital da zona norte do país onde decorre o estudo.

### **INTERVENIENTES**

- Enfermeiro de Reabilitação;

### **ESTRATÉGIAS A UTILIZAR**

- Auditorias aos cuidados e registos de enfermagem, utilizando a grelha de observação (Apêndice B)
- Auditorias ao registo mensal do número de UP do serviço.

### **CALENDARIZAÇÃO**

- Início em Maio de 2019, realização mensal.

### **RECURSOS**

- Grelha de observação (Apêndice B)
- Folha de cálculo Excel

### **ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO**

- Análise dos resultados das auditorias efetuadas.
- Análise da taxa de incidência de UP

#### 4 – EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

Na etapa da execução da metodologia de projeto, tudo o aquilo que foi planeado é colocado em prática (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010). No presente trabalho projeto, várias intervenções foram planeadas, no entanto devido à escassez de tempo nem todas foram realizadas. Das quatro intervenções planeadas foi realizada uma, a ação de formação intitulada “Prevenção de UP em Cuidados Intensivos” e iniciada a “Monitorização da implementação das boas práticas na prevenção da UP”.

A ação de formação sobre “Prevenção de UP em Cuidados Intensivos”, decorreu no dia 21/03/2019 (1ª sessão) e no dia 27/03/2019 (2ª sessão), sendo que cada sessão teve uma duração de 1:30h. A 1ª sessão iniciou às 9h e teve a presença de 21 enfermeiros, sendo que a 2ª sessão iniciou às 15h e teve a presença de 6 enfermeiros, pelo que no total participaram na formação 27 enfermeiros, sendo que destes, 5 eram enfermeiros que se encontravam a efetuar o estágio de Enfermagem de Especialidade de Médico -Cirúrgica. Optou-se por realizar a formação em duas sessões para assim abranger o maior número possível de participantes. A formação realizou-se na sala de reuniões da UCIP no horário previsto, e da forma como fora planeada. Esta formação (Apêndice C), para além de dar a conhecer o que atualmente está preconizado cientificamente para a prevenção da UP, serviu também para divulgar os resultados dos questionários efetuados promovendo a reflexão, assim como, deu a conhecer as sugestões de melhoria a instituir na prestação de cuidados de enfermagem.

Nunca foi objetivo da formação, a mera transmissão de informação, mas antes, um espaço de esclarecimento, reflexão e ênfase na ação dos intervenientes numa possível melhoria da qualidade dos cuidados na prevenção da UP. Os espaços para reflexão e esclarecimento verificaram-se durante as duas sessões.

A monitorização das boas práticas na prevenção da UP, começou a ser executada no mês de maio e pretende-se que a mesma se realize mensalmente. Para a sua concretização utilizou-se a grelha de observação elaborada para o efeito (Apêndice B). No mês de maio foram auditados 6 enfermeiros que estiveram na sessão de formação “Prevenção de UP”. Para que a realização da monitorização das boas práticas na prevenção da UP continue a ser efetuada todos os meses, foi envolvido o grupo “Prevenção de UP” existente no serviço. Este grupo da qual a investigadora faz parte, é constituído por mais 3 enfermeiros do serviço.

A ação de formação intitulada “Posicionar para Prevenir” foi planeada, mas não foi ainda realizada ficando agendada no plano de formação do serviço para o segundo semestre de 2019.

A ação de sensibilização para na prevenção da UP intitulada “STOP UP” foi planeada, mas não foi, ainda, realizada. É uma atividade que se pretende desenvolver no Dia Internacional de Prevenção da UP que se comemora no dia 20 de novembro. Nesta atividade pretende-se sensibilizar todos os enfermeiros do Hospital onde se está a implementar o projeto, para a importância da prevenção da UP através de uma conferência/mesa redonda sobre “Prevenção de UP, o estado da arte!” onde seriam convidados representantes das principais organizações portuguesas ligadas à prevenção da UP, representante do grupo da UP do Hospital da zona norte do país, uma nutricionista e um familiar/doente com UP. Para a execução desta atividade, a investigadora conta com o apoio do centro de conhecimento do hospital da zona norte onde é desenvolvido o projeto, nomeadamente na cedência de um auditório para o evento, bem como na divulgação do mesmo. Com a colaboração das instituições nacionais que promovem o Dia Internacional da Prevenção da UP, pretende-se distribuir panfletos alusivos à prevenção da UP.

Em seguida faço a avaliação de cada uma das atividades desenvolvidas neste trabalho e a avaliação do trabalho projeto na sua globalidade.



## 5 – AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES

A avaliação das atividades constitui a última etapa da metodologia de projeto. De acordo com as necessidades identificadas e as intervenções implementadas, será efetuada uma avaliação do trabalho de projeto desenvolvido. Segundo o regulamento nº125/2011, é da competência do Enfermeiro Especialista avaliar o resultado das intervenções implementadas, com monitorizações rigorosas e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. Avaliar um projeto implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Relativamente à ação de formação intitulada “Prevenção de UP em Cuidados Intensivos” a julgar pela análise das reações dos presentes, esta foi uma estratégia bem conseguida, no sentido em que, no decorrer das apresentações o público-alvo foi bastante interventivo permitindo o esclarecimento de dúvidas e dinamização do debate, o que de certa forma se poderá ter refletido na avaliação da satisfação dos presentes.

Nos dois momentos da ação de formação realizadas estiveram presentes 27 enfermeiros, sendo que 5 enfermeiros eram estagiários no âmbito da especialidade de enfermagem médico cirúrgica. Assim, da equipe de enfermagem da UCIP do Hospital da zona norte onde se realiza o estudo, participaram na formação 22 enfermeiros, o que representa 71% dos enfermeiros do serviço.

A formação efetuada pretendeu responder aos seguintes objetivos definidos:

- Aumentar os conhecimentos dos enfermeiros da UCIP na área das medidas preventivas da UP;
- Aumentar os conhecimentos dos enfermeiros da UCIP na área da classificação e identificação da UP.

Para avaliar se os objetivos foram alcançados, os enfermeiros que participaram na formação teriam que preencher um questionário (Anexo D). O referido questionário permite ao formando fazer uma avaliação global da formação, avaliar o impacto da formação, avaliar o formador e fazer sugestões de melhoria. Na avaliação global (clareza e adequação dos objetivos, relação com a prática, duração da ação, relacionamento entre os participantes, instalações, audiovisuais, apoio administrativo e técnico e pertinência da formação) o grupo de enfermagem posicionou-se entre o 3 (concordo) e o 4 (concordo totalmente) em relação à grande maioria das questões (tabela 16).

**Tabela 16** - Avaliação da formação por parte dos participantes - Avaliação Global

	n	N	n	n
<b>Avaliação Global</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo</b>
	<b>Totalmente</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>Totalmente</b>
	<b>(1)</b>			<b>(4)</b>
1 - Objetivos da Formação	0	0	0	27
2- Conteúdos da Formação	0	0	0	27
3- Trabalhos, exercícios e atividades suficientes.	0	0	0	27
4- Duração da formação/formação adequada	0	0	0	27
5- Relacionamento entre participantes positivo	0	0	0	27
6- Instalações adequadas	0	0	4	23
7- Meios audiovisuais adequados	0	0	4	23
8- Documentação suficiente	0	0	0	27
9- Apoio administrativo e técnico pedagógico adequado	0	0	0	27

n) frequência

Em relação ao impacto da formação (tabela 17) no que concerne à aquisição de novos conhecimentos, 92,6% deu nota máxima, sendo que na utilidade dos conhecimentos para a prática e um melhor desempenho profissional todos os enfermeiros deram nota máxima (Concordo totalmente).

**Tabela 17** - Avaliação da formação por parte dos participantes - Avaliação do Impacto da Formação

	n	N	n	n
<b>Avaliação Global</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo</b>
	<b>Totalmente</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>Totalmente</b>
	<b>(1)</b>			<b>(4)</b>
1 – Aquisição de novos conhecimentos	0	0	2	25
2- Conhecimentos adquiridos úteis para o exercício das minhas funções.	0	0	0	27
3- Conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho	0	0	0	27

	<b>n</b>	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>n</b>
4- Conhecimentos adquiridos vão contribuir para o meu desenvolvimento profissional.	0	0	1	26

n) frequência

Finalmente, quanto à avaliação do formador (tabela 18), no que diz respeito aos seus conhecimentos, metodologia utilizada, exposição do assunto e relação estabelecida com os formandos, o grupo de enfermeiros atribuiu a nota máxima (4) na sua totalidade.

**Tabela 18** - Avaliação da formação por parte dos participantes - Avaliação do Formador

	<b>n</b>	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>n</b>
<b>Avaliação Global</b>	<b>Discordo Totalmente (1)</b>	<b>Discordo (2)</b>	<b>Concordo (3)</b>	<b>Concordo Totalmente (4)</b>
1 – Domínio do assunto	0	0	0	27
2- Metodologia utilizada adequada	0	0	0	27
3- Exposição dos assuntos clara	0	0	0	27
4- Relação estabelecida com os formandos positiva	0	0	0	27

n) frequência

Do exposto, podemos dizer que o nível de satisfação dos participantes foi elevado, quer no que diz respeito aos aspetos estruturais e processuais da atividade, quer em relação aos conhecimentos que dizem ter “adquirido”. No entanto, por considerar que o tempo decorrido entre a ação de formação e a apresentação do presente projeto ser curto, a investigadora irá proceder à aplicação do questionário utilizado na fase de diagnóstico, em novembro (oito meses após a ação de formação) considerando que este intervalo de tempo permitira a sedimentação dos conhecimentos adquiridos e treinados.

Quanto à monitorização da implementação das boas práticas na prevenção da UP pelos enfermeiros envolvidos no estudo, foram auditados 6 enfermeiros que participaram na ação de formação, pelo que os dados apresentados são preliminares (tabela 19).

**Tabela 19** - Resultados da observação das práticas dos enfermeiros pós ação educacional

<b>Cuidados de enfermagem</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não se aplica</b>
1- Escolha da superfície de apoio e seu correto posicionamento, na admissão do utente	6		
2- Reposicionamento do doente no timing adequado, atendendo à sua condição física e à superfície de apoio utilizada (1)	6		
3- Aquando a admissão do doente, realizada avaliação estruturada do risco (através da Escala de Braden) com a maior brevidade possível, com registo no processo clínico, dentro de um prazo máximo de oito horas.	6		
4-Realizada avaliação estruturada do risco diariamente.	6		
5-Realizada a avaliação completa da pele e sinais de úlcera por pressão, dentro de um prazo máximo de oito horas após a admissão do doente.	6		
6-Realizada a avaliação completa da pele e sinais de úlcera de pressão 2x no turno.	6		
7-Relativamente aos cuidados de prevenção de UP associados a dispositivos médicos:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colar cervical: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigiar a pele pelo menos 2x no turno,</li> </ul> </li> </ul>			6
<ul style="list-style-type: none"> <li> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trocar o colar cervical 1x no turno;</li> </ul> </li> </ul>			6
<ul style="list-style-type: none"> <li> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados com a pele, nomeadamente manter a pele seca;</li> </ul> </li> </ul>			6
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Máscara facial/full face utilizadas na Ventilação Não Invasiva (VNI): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quando VNI contínua alternar máscara facial com full face;</li> </ul> </li> </ul>			6
<ul style="list-style-type: none"> <li> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quando a utilização de apenas uma máscara, utilizar penso de proteção (penso de poliuretano);</li> </ul> </li> </ul>			6
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SNG- troca do ponto de pressão 1x no turno</li> </ul>	6		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algália- posicionamento da mesma para o lado do decúbito (em doentes com contraindicação para posicionar, alternância do posicionamento, pelo menos 3/3 horas)</li> </ul>	6		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tubo endotraqueal- alternância de posição pelo menos 1x turno</li> </ul>	5	1	
8-Aplicar creme hidratante pelo menos 1 vez no turno de 12 horas.	6		
9-Aplicar ácidos gordos nos locais sujeitos a pressão pelo menos 1x no turno de 12 horas.	5	1	
10- Proteger a pele da exposição à humidade excessiva através do uso de produtos de barreira.	5	1	

<b>Cuidados de enfermagem</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não se aplica</b>
11-Manutenção da pele seca (2)	5	1	
12- Higiene íntima sem fricção	6		
13- Massajar zonas sujeitas a pressão aquando a aplicação de creme hidratante ou ácidos gordos.	5	1	

De salientar que a escolha adequada da superfície e o seu correto posicionamento verificou-se em todas as observações que foram efetuadas, assim como o reposicionamento do doente no timing adequado, atendendo à sua condição física e à superfície de apoio utilizada. Relativamente à avaliação da pele e sinais de UP constatou-se que a inspeção/avaliação foi realizada 2 vezes no turno. Não foi possível observar os cuidados prestados na prevenção de UP a doentes com colar cervical e máscara facial/ full face uma vez que no período de observação não estavam internados doentes a necessitarem dos referidos dispositivos médicos. No que se refere aos cuidados de prevenção de UP associada a SNG, algália e tubo endotraqueal verificou-se que todos os elementos observados demonstraram práticas correspondentes ao preconizado. No que se refere aos cuidados a ter com a pele, nomeadamente a aplicação de ácidos gordos nos locais sujeitos a pressão, proteção da pele da exposição à humidade e a manutenção da pele seca verificou-se, na observação pós educacional, que apenas 1 enfermeiro não prestou os devidos cuidados, o que denota adesão na adoção das medidas recomendadas.

Após a implementação de todas as atividades definidas para este projeto, a investigadora pretende avaliar o impacto do presente projeto de uma forma global. Para tal, e dado que as atividades planeadas estão distribuídas ao longo de oito meses, a avaliação global do impacto do projeto de prevenção de UP numa UCIP, só será possível um ano após a implementação do projeto..

A avaliação do impacto do projeto de prevenção de UP numa UCIP configura-se da seguinte forma: reavaliação das atitudes e conhecimentos dos enfermeiros que participaram no estudo através do questionário (anexo A); Monitorização da implementação das boas práticas na prevenção da UP (anexo D) e avaliação da taxa de incidência de UP (valor calculado mensalmente para serviço).

## 6 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A realização de um trabalho de investigação, como este trabalho de projeto, implica o cumprimento de princípios éticos inerentes ao mesmo, uma vez que os resultados obtidos poderão contribuir, por um lado, para o desenvolvimento do conhecimento científico, mas por outro, poderá comprometer a individualidade dos participantes.

Neste sentido, foram assegurados o sigilo e a confidencialidade, dos e para com os enfermeiros participantes, com a utilização de códigos numéricos para identificação dos questionários entregues e preenchidos.

Participaram no estudo os enfermeiros que, de forma livre, espontânea e esclarecida o demonstraram querer fazer, após o preenchimento do Consentimento Informado (Apêndice D). Neste trabalho de projeto foi assegurado, em todo e qualquer momento, a privacidade dos participantes do estudo, assim como, foi suprimido qualquer juízo de valor acerca dos mesmos.

No sentido de ser facultada a autorização para a realização do trabalho projeto, foi elaborado um pedido por escrito ao diretor clínico da UCIP, ao enfermeiro chefe da UCIP. Após reunir com estes dois elementos e explicar a investigação que iria ser feita, foi dada a confirmação da autorização para a prossecução do estudo quer pelo Diretor Clínico da UCIP, quer pela Enfermeira chefe da UCIP. Posteriormente foi dirigido um pedido ao Presidente do Conselho de Administração e ao Conselho de Ética da Instituição onde se realizou o estudo, que aprovaram a investigação.

Sendo que no questionário a investigadora utiliza duas escalas, a “Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument”, traduzida, validada e adaptada para a população portuguesa e a “Pressure Ulcers Knowledge Assessment Tool” traduzida para português por Batista (2012) foi pedida autorização à investigadora que realizou a tradução e validação, com parecer favorável a 25 de novembro de 2018 (Anexo B).

O presente trabalho de projeto assenta no pressuposto de que os conhecimentos de enfermagem na área da prevenção da UP, bem como a utilização de todos os meios disponíveis e adequados é um dever de todos os enfermeiros que se traduz num benefício para o doente.

## CONCLUSÃO

O EEER detém conhecimentos e competência especializada que aliados à sua presença próxima e sistemática junto da pessoa e da equipe de saúde, faz do EEER um pilar estruturante para planejar, conceber, implementar e gerir programas de prevenção de complicações no processo de recuperação da pessoa (Pestana, 2016). A implementação de um programa de prevenção de UP em unidades de cuidados intensivos, liderada pelo EEER vai de encontro às competências definidas para o EEER e aos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

O diagnóstico de situação revelou que a maioria dos enfermeiros que participaram no estudo, não possui formação específica na área da prevenção de UP, assim como desconhece as *guidelines* emitidas pela NPUAP/EPUAP/PPPIA em 2014.

As atitudes dos enfermeiros da UCIP do hospital da zona norte onde se desenvolve o estudo são positivas na dimensão “Importância”, “Confiança na eficácia”, “Responsabilidade” e “Competências Pessoais”. A atitude menos positiva verificou-se na dimensão “Obstáculos/Barreiras” que impedem uma prevenção eficaz da UP.

A avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros na área da “avaliação de risco”, “nutrição”, e “etiologia da UP” obteve resultados positivos. No entanto, no presente estudo foi possível evidenciar que existe um défice de conhecimentos sobre as *guidelines* na área da prevenção de UP, mais acentuados na área “quantidade de pressão e forças de torção”, “classificação e observação da UP”, e na “duração da pressão e das forças de torção”.

Partindo destes problemas identificados, planeamos as atividades, com vista à sua resolução, contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem na prevenção de UP numa UCIP.

A avaliação do impacto imediato da ação de formação “Prevenção de UP” já realizada e os resultados da primeira auditoria realizada aos cuidados de enfermagem, apontam para uma melhoria do conhecimento e das práticas dos enfermeiros na área da prevenção da UP ao doente internado numa UCIP. No entanto, só após a implementação de todas as atividades será possível avaliar o projeto.

A taxa de incidência de UP na UCIP do hospital da zona norte onde decorreu o estudo será um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem que permitirá avaliar o presente projeto, no entanto tal avaliação só será possível no final do ano.

Os enfermeiros têm a responsabilidade de desenvolver os seus conhecimentos sobre prevenção de UP com o objetivo de aperfeiçoar as suas práticas. O trabalho de projeto

constitui-se como uma metodologia que ao centrar-se na investigação, na análise de problemas e na sua resolução promove ganhos em saúde decorrentes dos cuidados de enfermagem, contribuindo para uma prática baseada na evidência. As principais limitações do presente trabalho estão relacionadas com o limite de tempo para a sua realização, o que impossibilitou a apresentação da avaliação final do projeto após realização de todo o plano de ação definido para a concretização do mesmo.

O déficit de conhecimento evidenciado neste estudo aponta para uma necessidade de intervenção do EEER na orientação e formação continua da equipe de enfermagem, para a prevenção de complicações resultantes de alterações da mobilidade e perda da funcionalidade dos doentes internados numa UCIP.

Sugere-se, assim a elaboração de um protocolo de prevenção de UP no serviço onde decorreu o projeto, assim como o acompanhamento da sua implementação pelo EEER.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Marleny; ROLIM, Vanessa; DANTAS, Rosimery – Ações de Enfermagem para prevenção de úlceras por pressão em clientes em unidade de terapia intensiva. **Revista de Pesquisa Interdisciplinar**. [Em linha]. Vol. 2 (set. 2017) p. 686-696. [Consultado em 13 de dez de 2018]. Doi: <http://dx.doi.org/10.24219/rpi.v2i2.400>

AFONSO, Cristina, [et al.]- **Prevenção e tratamento de feridas: da evidência à prática**. [s.l.]: Hartmann, 2014. ISBN 978-989-20-5133-82014.

AHTIALA, Maarit; SOPPI, Esa; SAARI, Teijo - Sequential organ failure assessment (SOFA) to predict pressure ulcer risk in intensive care patients: a retrospective cohort study. **Ostomy Woundy Management**. [Em linha]. Vol 64, nº 10 (2018), p. 32-38. [Consultado em 12 de dez de 2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30312156>

ALVES, Paulo; MOTA, Filomena; VALES, Lúcia - Epidemiologia das úlceras de pressão: interpretar dados epidemiológicos como indicador de qualidade. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2379. Vol. 58, n.º 1-2 (Jan.-Fev. 2013), p. 10-18

ALVES, Paulo [et al.] – Úlceras de Pressão. In AFONSO, Cristina [et al.] – **Prevenção e tratamento de feridas: da evidência à prática**. [S.l.]: Hartmann, 2014.ISBN: 978-989-20-5133-8. p. 106-117.

ANDERSON, M [et al.] - Universal pressure Ulcer Prevention Bundle with WOC Nurse Support. **Journal of Wound Ostomy Continence Nursing**. [Em linha]. Vol. 42, nº 3 (2015) p.217-225. [Consultado em 22 de nov de 2018]. doi: 10.1097/WON.0000000000000109.

BAIXINHO, Cristina; FERREIRA, Oscar- Terapêutica de posição nas transições de vida. In BAIXINHO, Cristina; FERREIRA, Oscar; LOUREIRO, Mª José- **Terapêutica de posição**. Loures: Lusodidacta, 2016. ISBN 9789 8980 75 642. p.3-15.

BAIXINHO, Cristina [et al.] - Posicionar: uma mnemónica para a terapêutica de posição. In BAIXINHO, Cristina; FERREIRA, Oscar; LOUREIRO, Mª José- **Terapêutica de posição**. Loures: Lusodidacta, 2016. ISBN 9789 8980 75 642. p127-139.

BATISTA, Margarida Maria Giestas - **Atitudes e conhecimentos dos enfermeiros na prevenção das úlceras de pressão**. Lisboa: [s.n.], 2012. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

BAUER, Karen [et al.] – Pressure Ulcers in the United States Inpatient Population from 2008 to 2012: Results of a Retrospective Nationwide Study. **Ostomy Wound Management**. Malvern. ISSN: 1943-2720. Vol. 62, nº11 (2016), p. 30-38.

BEECKMAN, Dimitri [et al.] – Pressure ulcers: development and psychometric evaluation of the Attitude towards Pressure ulcer Prevention instrument (APuP). **International Journal of Nursing Studies**. [Em linha]. Vol. 47, nº 11 (2010a), p.1432-1441. [Consultado em 10 de out de 2018]. Doi:1016/j.ijnurstu.2010.04.004.

BEECKMAN, Dimitri [et al.] - Pressure ulcer prevention: development and psychometric validation of a knowledge assessment instrument. **International Journal of Nursing Studies**. [Em linha]. Vol 47, nº 4, (2010b), p. 399-410. [Consultado em 3 de out de 2018]. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.08.010.

CALIRI, Maria Helena [et al.] – **Classificação das Lesões por Pressão- Consenso NPUAP 2016-Adaptação cultural para o Brasil**. [Em linha] S. Paulo: Associação Brasileira de Estomaterapia, 2016. [Consultado a 23 de Dez. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.sobest.org.br/textod/35>

CALIRI, Maria Helena; VASCONCELOS, Josilene – Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesão por pressão em terapia intensiva. **Escola Anna Nery**. ISSN.1414-8145. Vol 21 nº1 (2017).

COLEMAN, Susanne [et al.] - Patient risk factors for pressure ulcer development: systematic review. **International Journal of Nursing Studies**. [Em linha]. Vol 50, nº 7 (2013). p.974-1003. [Consultado em 14 de jul 2019]. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.019.

COOPER, Karen - Evidence-Based Prevention of Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit. **Critical Care Nurse**. [Em linha]. Vol. 33 nº3 (2013), p 57-66. [Consultado a 15 de Out 2018]. Disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org/content/33/6/57.full.pdf>

COX, Jill; RASMUSSEN, Louisa - Enteral Nutrition in the prevention and treatment of pressure ulcers in adult critical care patients. **Critical Care Nurse**. [Em linha]. Vol 34, nº 6 (2014). p. 15-27. [Consultado a 15 de Out 2018]. Doi:10.4037/ccn2014950

COX, Jill, SCHALLOM, M. - Pressure Injuries in Critical: a Survey of critical Nurses. **Critical Care Nurse**. [Em linha]. Vol. 37 nº 5 (2017), p46-56. [Consultado a 15 de Out 2018]. Doi: 10.4037/ccn2017928.

DEALEY, Carol; POSNETT, J; WALKER, A - The cost of pressure ulcers in the United Kingdom. **Journal of Wound Care**. [Em linha]. Vol.21 nº 6 (june 2012), p.261-264. [Consultado a 15 de Out 2018]. Doi: <https://doi.org/10.12968/jowc.2012.21.6.261>

DELLEFIELD, Mary Ellen; MAGNABOSCO, Jennifer L. - Pressure ulcer prevention in nursing homes: Nurse descriptions of individual and organization level factors. **Geriatric Nursing**. [Em linha]. Vol. 35, nº. 2 (mar- apr. 2014), p. 97-104. [Consultado a 15 de Out 2018]. Doi: 10.1016/j.gerinurse.2013.10.010

DEMARRÉ, L. [et al]- The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. **Internatinal Journal of Nursing studies**. [Em linha]. Vol.52 nº 11 (Nov. 2015), p. 1754-1774. Consultado a 15 de Out 2018]. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.06.006

DESPACHO nº 1400-A/2015. **DR II Série**. (10/02/2015) 3882-3810.

DESPACHO n.º 5613/2015. **DR II Série**. 120 (27/05/2015) 13550-13553.

DESPACHO n.º 5739/2015. **DR II Série**. 104 (29/05/2015) 13878-13879.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - **The time to investe in patient safety and pressure ulcer prevention is now**. [em linha] Prague: European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2017. [Consultado em 17 de Dez. 2017] Disponível na WWW: <URL: [http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2017/09/article-n.2-2017\\_final-draft-for-publication\\_final-1.pdf](http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2017/09/article-n.2-2017_final-draft-for-publication_final-1.pdf)

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL – **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. [Em linha]. Perth: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014. [Consultado a 25 de Out. 2018] Disponível em <https://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>

FERREIRA, Pedro Lopes [et al.] - **Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão, implementação nacional da escala de Braden**. Loures: Lusociência, 2007. ISBN 978-972-8930-37-0.

FIGUEIREDO, Ingrid Alves; CRUZ, Isabel Cristina Fonseca– Mobilization in bed as therapeutic care to disease prevention: systematic literature review for a clinical protocol. **Journal of Specialized Nursing Care**. [Em linha]. Vol 8, nº 1 (2016). p1-11. [Consultado a 25 de Out. 2018] Disponível em: <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2811>

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5

FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de investigação, da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-X

GRUPO DE APOIO À INVESTIGAÇÃO EM FERIDAS - JORNADA MUNDIAL PELA PREVENÇÃO DA ÚLCERA DE PRESSÃO, V, Arganil, 2016- **Investigação em Portugal sobre Úlceras de Pressão – O que investigamos nos últimos 20 anos**. Grupo de Apoio à Investigação em Feridas. Arganil, 2016.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie; TREVIZAN, Maria – Revisão sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto. ISSN: 0104-1169. Vol. 12 nº 3 (maio-junho, 2004), p. 549-556.

GARCIA-FERNANDÉZ, [et al.] - **Prevención de las úlceras por presión**. 2ª ed. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, 2014. ISBN 84-695-9504-0.

GOMES, Flavia Sampaio Latini [et al.] – Avaliação de risco para úlceras por pressão em pacientes críticos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 45, nº 2 (2011), p.313-318.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; HERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, María del Pilar - **Metodologia de pesquisa**. 5º. Ed. São Paulo: Penso, 2013. ISBN 978-85-65848-28-2

INTERNATIONAL REVIEW - **Pressure ulcer prevention: pressure, shear, friction and microclimate in context: a consensus document**. [Em linha]. London: Wounds International, 2010. [Consultado a 23 out. 2018]. Disponível em: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/international-review-pressure-ulcer-prevention-pressure-shear-friction-and-microclimate-context>

KRUPP, Anna; MONFRE, Jill- Pressure Ulcers in the ICU Patient: an update on prevention and treatment. **Current Infections Disease Reports**. [Em linha]. V. 17, nº. 3 (Mar. 2015). ISSN: 1523-3847. [consultado a 25 de Out. 2018]. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11908-015-0468-7>

LIMA-SERRANO, Marta [et al.] – Validez preditctiva y fiabilidade de la escala de Braden para valorización del rieco d e úlceras por pressão en una unidad de cuidados intensivos. **Medicina Intensiva**. [Em linha]. Vol 42, nº 2 (Mar. 2018), p. 82-91. Doi: 10.1016/j.medin.2016.12.014

LINDON, D. [et al.] - **Mercator XXI**. Lisboa: Dom Quixote, 2009. ISBN 978-972-2027-44-1.

LYDER, Courtney H.; AYELLO, Elizabeth A. – Pressure ulcers: a patient safety issue. In. HUGHES, R.G. (ed.). **Patient Safety and Quality: An Evidence – Based Handbook nurses**. [Em linha]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008, p. 267-299. [Consultado em 12 de jul de 2018]. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2650/pdf/Bookshelf\\_NBK2650.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2650/pdf/Bookshelf_NBK2650.pdf)

MAIA, Raquel Almeida Rebelo da Silva - **Úlceras de pressão: prevalência e caraterização em hospitais na região norte de Portugal**. Porto: [s.n.], 2012. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

MENOITA, Elsa – **Gestão de feridas complexas**. Loures: Lusodidacta, 2015. ISBN 978-989-8075-48-2.

MENOITA, Elsa – Prevenção das Úlceras por Pressão. In. MARQUES- VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luis – **Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida**. Loures: Lusodidacta, 2016. ISBN 978 989 8075 73 4. p 571-604.

MENOR, Adelaíde; REDONDO, Emília - Terapêutica de posição na prevenção e tratamento das úlceras por pressão. In BAIXINHO, Cristina; FERREIRA, Oscar; LOUREIRO, Mª José- **Terapêutica de posição**. Loures: Lusodidacta, 2016. ISBN 9789 8980 75 642. p.287-297.

MING, Liu [et al.] - Validação de duas escalas de avaliação de risco de úlceras de pressão em utentes chineses da UCI. **Referência: Revista de Enfermagem**. Coimbra. ISSN 0874-0283. III Série. Nº. 9 (mar. 2013), p. 145-150

MORAIS, Jorge dos Santos – **Fatores determinantes de úlceras de pressão na pessoa em situação crítica, numa unidade de cuidados intensivos**. Viana do Castelo: [s.n.], 2015. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL & PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE- **Prevention and treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide**. Osborne Park, Western Australia: Emily Haesler Cambridge Media, 2014. ISBN-13: 978-0-9579343-6-8.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL- **Support Surfaces Standards Initiative – Terms and definitions Related to Support Surfaces**. [Em linha]. Washinton, 2007. [Consultado a 23 out.2018]. Disponível em: [https://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/03/NPUAP\\_S31\\_TD.pdf](https://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/03/NPUAP_S31_TD.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS –**Tomada de posição sobre segurança do cliente**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação – **Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação**. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2011b.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Browser CIPE: Ordem dos Enfermeiros**. [em linha] Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2011a. [Consultado a 22 de Dezembro de 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade-posicionamento, transferências e treino de deambulação: Guia orientador de boa prática**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2013.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação - **Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos de padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação**. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2015.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO - A economia da segurança da pessoa. [Em linha]. Março de 2017. [Consultado em 10 de Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-patient-safety.htm>

Orientação nº 17/2011. 2011 - **Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden**

**Q).** Lisboa: Direção Geral de Saúde.

PEÇA, Diana Elisa Gonçalves de Almeida - **Determinantes das atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção de úlceras de pressão.** Viana do Castelo: [s.n.], 2016. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

PESTANA, Helena – Cuidados de enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In MARQUES-VIEIRA, C.; SOUSA, L. - **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da Vida.** Loures: Lusodidacta, 2016. ISBN 978-989-8075-73-4, p. 47-65.

PINI, Luna Ribeiro de Queiroz- **Prevalência, risco e prevenção de úlceras de pressão em unidades de cuidados de longa duração.** Porto: [s.n.], 2012. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade Católica do Porto

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - **Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020.** [Em linha]. Lisboa: DGS, 2015. [Consultado a 27 de Dezembro 2017]. Disponível na <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>

REGULAMENTO nº 122/2011. **DR II Série.** 35 (2011/02/18) p. 8648 – 8653

REGULAMENTO nº 125/2011. **DR II Série.** 35 (2011/02/18) p. 8658 – 8659

REIS, Rui- Superfícies de Apoio. In AFONSO, Cristina, [et al.] - **Prevenção e Tratamento de Feridas: da Evidência à Prática.** [Lisboa]: Hartmann, 2014. ISBN 978-989-20-5133-82014. p. 245-305.

ROCHA, Layrienne Emmanuely Silva [et al.] – Prevenção de úlceras por pressão: avaliação do conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Cogitare enfermagem.** [Em linha]. Vol. 20, nº 3 (2015) p.596-604. [Consultado a 23 out.2018]. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.41750>

RODRIGUEZ PALME, Manuel [et al.] – **Superficies especiales para el manejo de la presion en prevencion y tratamiento de las ulceras por presión.** Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, 2011. ISBN-13:978-84-694-3370-6.

ROGENSKI, Noemi Marisa Brunet - **Úlceras por pressão: definição, fatores de risco, epidemiologia e classificação.** São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

RUIVO, Maria Alice; FERRITO, Cândida; NUNES, Lucilia - Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. **Percursos**. Setubal. ISSN 1646-5067. Nº. 15 (Jan.- Mar. 2010), p. 1-37

SALEH, Mohammad; AL-HUSSAMI, Mahmoud; ANTHONY, Denis - Pressure ulcer prevention and treatment knowledge of Jordanian nurses. **Journal of Tissue Viability**. [Em linha]. Vol 22, nº. 1 (February 2013), p. 1-11. [Consultado a 23 out 2018]. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2013.01.003>

SANTAMARIA, Nick, [et. al.] - A randomized controlled trial of the effectiveness of soft silicone foam multi-layer dressings in the prevention of sacral and heel pressure ulcers in trauma and critically ill patients: the border trial. **International Wound Journal**. [Em linha]. Vol.12, nº3 (junho 2013) p. 302–308. [Consultado a 23 out 2018]. Doi: <https://doi.org/10.1111/iwj.12101>

SERRÃO, Ana; MARTINS, Patrícia – Terapêutica de posição na pessoa em situação crítica. In BAIXINHO, Cristina; FERREIRA, Oscar; LOUREIRO, M<sup>a</sup> José- **Terapêutica de posição**. Loures: Lusodidacta, 2016. ISBN 9789 8980 75 642. p.297-305.

SERRANO, Gloria Pérez- **Elaboração de projetos sociais, casos práticos**. Porto: Porto editora, 2008. ISBN:978-972-0-3-4857-9.

SILVA, Helena – Posicionamentos Terapêuticos. In AFONSO, Cristina [et al.] – **Prevenção e tratamento de feridas: da evidência à prática**. [S.l.]: Hartmann, 2014.ISBN: 978-989-20-5133-8. p. 80-95.

SIMITCHIEVA, Tsenka Tomova [et al.] - Comparing the effects of 3 different pressure ulcer prevention support surfaces on the structure and function of heel and sacral skin: An exploratory cross-over trial. **International Wound Journal**. [Em linha]. Vol. 15, nº 3 (june 2018), p. 426-437. [Consultado a 23 out. 2018]. Doi: 10.1111/iwj.12883

TAYYIB, Nahla; COYER, Fiona – Effectiveness of pressure ulcer prevention strategies for adult patients in intensive care units: a systematic review. **Worldviews Evid Based Nurs**. [Em linha]. Vol 13, nº 6 (2016). p. 432-444. [Consultado a 23 out.2018]. Doi: 10.11124/JBISRIR-2016-2400.

THEILLA, Mirian [et al.] – A diet enriched in eicosapentaenoic acid, gamma-linolenic acid and antioxidants in the prevention of pressure ulcer formation in critically ill patients with acute lung injury: a randomized prospective, controlled study. **Clinical Nutrition**. [Em linha].



Vol. 26, nº 6 (december 2007). p. 752-757. [Consultado a 23 out.2018]. Doi 10.1016/j.clnu.2007.06.015

THEILLA, Mirian [et al.] – Impact of a nutritional formula enriched in fish oil and micronutrients on pressure ulcer in critical care patients. **American Journal Critical Care**. [em linha]. Vol 21, nº 4 (2012). p. 102-109. [Consultado a 23 out.2018]. Doi: 10.4037/ajcc2012187.

TIRGARI, Batool; MIRSHEKARI, Leili; FOROUZI, Mansooreh - Pressure Injury Prevention: Knowledge and attitudes of Iranian Intensive Care. **Wound Care Journal**. [Em linha]. Vol. 31, nº. 4 (apriol 2018), p. 1-8. [Consultado a 23 out.2018]. Doi: <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000530848.50085.ef>

TORRES, Ruben Sousa - **Incidência de úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos**. Viana do Castelo: [s.n.], 2016. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica apresentada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

VANGILDER, Catherine [et al.] – The International Pressure Ulcer Prevalence Survey 2006-2015. **Wound Ostomy Continence Nurs**. [Em linha]. Vol 44, nº 1 (2017) p. 20–28. [Consultado a 23 out.2018]. Doi: 10.1097/WON.0000000000000292.

VASCONCELOS, Josilene; CALIRI, Maria Helena – Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 21, nº 1 (2017) p.1-17. [Consultado a 23 out.2018]. Doi: 10.5935/1414-8145.20170001

VOEGELI, David - Prevention and management of incontinence-associated dermatitis. **British Journal of Nursing**. [Em linha]. Vol 26, nº 20 (july 2017), p.1128-1132. [Consultado a 23 out.2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23940938>

WHITE, Jane [et al.] – Consensus statement of the academy of nutrition and dietetics /American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**. [Em linha] Vol 12, nº 11 (2012), p. 730-738. [Consultado a 23 out.2018]. [doi.org/10.1177/0148607112440285](https://doi.org/10.1177/0148607112440285)

XIAOHONG, Deng [et al.] - Predicting the Risk for Hospital-Acquired Pressure Ulcers in Critical Care Patients. **Critical Care Nurse**. [Em linha]. Vol. 37 nº4 (2017),p 1-11. [Consultado a 23 out.2018]. Doi: <https://doi.org/10.4037/ccn2017548>

ZUO, Xiao-Lin; MENG, Fan-Jie – A care bundle for pressure ulcer treatment in intensive care units. **International journal of nursing sciences**. [Em linha]. Vol. 2 nº4 (december 2015), p. 340-347. [Consultado a 23 out.2018]. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.10.008>

## **ANEXOS**

## Anexo A – Escala Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument (APU-PT)

# Escala Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument (APU-PT)

(Versão traduzida e validada por Margarida Baptista, 2012)

Nesta escala deverá responder a cada afirmação, classificando a sua opinião entre o “Concordo Bastante” e o “Discordo Bastante”.

A minha opinião é que:	Concordo Bastante	Concordo	Discordo	Discordo Bastante
1- Os doentes podem morrer devido a uma úlcera de pressão.				
2- Cada úlcera de pressão é uma úlcera a mais.				
3- As úlceras de pressão raramente são inconvenientes para os doentes.				
4- O impacto das úlceras de pressão nos doentes não deve ser exagerado.				
5- Uma prevenção adequada das úlceras de pressão reduz os custos.				
6- A sociedade subestima o custo real das úlceras de pressão.				
7- O impacto financeiro das úlceras de pressão na sociedade não deve ser subestimado.				
8- O custo da prevenção das úlceras de pressão não é proporcional à seriedade das úlceras de pressão. A Prevenção é demasiado dispendiosa.				
9- A administração deve desempenhar um papel importante no desenvolvimento de protocolos de prevenção de úlceras de pressão.				
10- A prevenção de úlceras de pressão deve ser uma prioridade para os enfermeiros.				
11- Não tenho tempo disponível suficiente para prevenir de forma adequada as úlceras de pressão.				
12- A política da administração não tem impacto na prevenção de úlceras de pressão.				
13- Demasiados doentes desenvolvem úlceras de pressão no meu serviço.				
14- A prevenção de úlceras de pressão deveria ser uma prioridade.				
15- É dedicada demasiada atenção às úlceras de pressão.				
16- A prevenção das úlceras de pressão é alvo de demasiada atenção.				
17- Se os meus doentes desenvolverem uma úlcera de pressão, sinto que sou responsável pelo facto.				
18- A minha contribuição é importante para a prevenção de úlceras de pressão.				
19- O principal responsável pela prevenção de úlceras de pressão é o médico assistente.				
20- Os doentes da minha enfermaria nunca desenvolvem úlceras de pressão. Estas já existem quando são admitidos.				
21- Tenho boa formação em cuidados preventivos de úlceras de pressão. Eu sei o que faço.				
22- É importante aprender novas perspetivas sobre prevenção de úlceras de pressão.				
23- A informação adicional não melhora a prevenção de úlceras de pressão.				
24- É esperado demasiado de mim no que respeita à prevenção de úlceras de pressão.				

25- Sou capaz de prestar cuidados preventivos de UP adequados.				
26- Tenho competências suficientes para implementar medidas preventivas de úlceras de pressão.				
27- A prevenção de úlceras de pressão não é uma tarefa fácil; a este respeito, os outros prestadores de cuidados são mais capazes do que eu.				
28- Sou incapaz de prestar cuidados preventivos adequados de úlceras de pressão.				
29- Se existir uma boa prevenção, a maioria das úlceras de pressão podem ser evitadas.				
30- Muitas úlceras de pressão podem ser evitadas se se utilizar um protocolo de prevenção.				
31- No caso de doentes com elevada propensão para úlceras de pressão, o desenvolvimento de úlcera de pressão é geralmente inevitável.				
32- As úlceras de pressão quase nunca são evitáveis.				

## Anexo B – Autorização para a utilização das Escalas APU-PT e PUKAT

Autorização para a utilização das Escalas APU-PT e PUKAT

← Procurar

Filtros ▾



↩ Responder | ▾ 🗑 Eliminar 📁 Arquivar 🗑 Lixo ▾ 📁 Mover para ▾ 🔗 Categorizar ▾ ...

↑ ↓ ✕

## Re.: Pedido de autorização

🕒 Respondeu a seg, 26/11/2018 09:45



Margarida Batista <margarida.g.batista@hotmail.com>

dom, 25/11/2018 15:48

Você ▾

↩ ↶ ↷ ...

Cara Enf Margarida Ferreira

É com muita satisfação que autorizo a utilização das versões "Attitude Towards Pressure Ulcers Tool" e Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool" traduzidas para a população portuguesa no seu estudo de investigação.

Encontro-me disponível para qualquer necessidade de esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos  
Margarida Batista

Enviado do meu telefone Huawei.

----- Mensagem original -----

Assunto: FW: Pedido de autorização

De: margarida ferreira

Para: enf.maggi@hotmail.com

CC:

De: margarida ferreira

Enviado: 12 de novembro de 2018 09:47

Para: enf.maggi@hotmail.com

Assunto: Pedido de autorização

Bom dia Enfª Margarida Batista!

Sou aluna do V Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo e pretendo desenvolver um Trabalho Projeto intitulado "Prevenção de Úlceras por Pressão- Contributos da Enfermagem de Reabilitação", sob a orientação da Doutora Salete Soares e a Doutora Maria José Fonseca.

Neste sentido, venho por este meio solicitar autorização para utilizar dois instrumentos traduzidos e validados por Vossa Excelência a "Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool" e a "Attitude Towards Pressure Ulcers".

Atenciosamente

Margarida Ferreira



Anexo C – Escala Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool  
(PUKAT)

# **Escala Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool (PUKAT)**

(Escala traduzida para português por Batista (2012))

## **1. Qual das afirmações está correta?**

- ☐ A má nutrição provoca úlceras de pressão
- ☐ Uma falta de oxigénio provoca úlceras de pressão
- ☐ A humidade provoca úlceras de pressão

## **2. Doentes extremamente magros correm maior risco de desenvolver úlceras de pressão do que pacientes obesos.**

- ☐ Correto. A área de contacto envolvida é pequena e, portanto, a quantidade de pressão é superior.
- ☐ Incorreto. A pressão é menor porque o peso corporal desses pacientes é inferior ao peso corporal dos pacientes obesos.
- ☐ Incorreto. O risco de desenvolvimento de uma perturbação vascular é maior nos pacientes obesos. O que aumenta o risco de desenvolver uma úlcera de pressão

## **3. O que acontece quando um doente, sentado numa posição semi-sentada (60º), escorrega?**

- ☐ A pressão aumenta quando a pele adere à superfície.
- ☐ A fricção aumenta quando a pele adere à superfície.
- ☐ A força de torção aumenta quando a pele adere à superfície.

## **4. Qual das afirmações está correta?**

- ☐ O sabão pode desidratar a pele e, portanto, aumenta o risco de úlceras de pressão.
- ☐ A humidade devida à urina, fezes ou drenagem de feridas provoca úlceras de pressão.
- ☐ A força de torção ocorre quando o corpo desliza e a pele adere à superfície.

## **5. Qual das afirmações está correta?**

- ☐ A perda de peso recente, que colocou um doente abaixo do seu peso ideal, aumenta o risco de úlceras de pressão.
- ☐ Doentes muito obesos que utilizem medicação para diminuir a circulação sanguínea periférica não correm risco de desenvolver úlceras de pressão.
- ☐ A má nutrição e a idade não têm impacto na tolerância dos tecidos quando o doente tem um peso normal.

## **6. Qual das afirmações está correta?**

- ☐ Uma úlcera de pressão que se estenda até à fáscia é uma úlcera de pressão de categoria 3.
- ☐ Uma úlcera de pressão que se estenda através da fáscia subjacente é uma úlcera de pressão de categoria 3.

☐ Uma úlcera de pressão de categoria 3 é sempre precedida por uma úlcera de pressão de categoria 2.

**7. Qual das afirmações está correta?**

☐ Uma flictena no calcanhar de um paciente é sempre uma úlcera de pressão de categoria 2.

☐ Todas as categorias (1, 2, 3 e 4) de úlceras de pressão envolvem perda de camadas cutâneas.

☐ Quando ocorre necrose, trata-se de uma úlcera de pressão de categoria 3 ou categoria 4.

**8. Um doente desenvolve uma flictena devido a mover continuamente o calcanhar em cima dos lençóis. Qual das seguintes afirmações está correta?**

☐ A lesão cutânea é uma úlcera de pressão de categoria 1.

☐ A lesão cutânea é uma úlcera de pressão de categoria 2.

☐ A lesão cutânea não é uma úlcera de pressão.

**9. Qual das afirmações está correta?**

☐ Pode ocorrer fricção ou aplicação de força de torção ao mover um paciente na cama.

☐ Uma lesão superficial, precedida por um eritema não branqueável deve-se provavelmente a uma lesão de fricção.

☐ Uma úlcera geminada é provocada pela pressão e pela força de torção.

**10. Numa posição sentada, é mais provável que as úlceras se desenvolvam:**

☐ Na área pélvica, cotovelo e calcanhar.

☐ Joelho, tornozelo e anca.

☐ Anca, ombro e calcanhar.

**11. Qual das afirmações está correta?**

☐ Todos os doentes que corram risco de desenvolver úlceras de pressão deveriam ser alvo de inspeção cutânea sistemática uma vez por semana.

☐ A pele de doentes sentados numa cadeira, que não se possam mexer a si próprios, deveria ser inspecionada a cada duas a três horas.

☐ Os calcanhares de doentes deitados numa superfície que redistribua a pressão deveriam ser observados, no mínimo, uma vez por dia.

**12. NÃO existe uma relação entre o risco de úlcera de pressão e:**

☐ A idade

☐ A desidratação

☐ A hipertensão

**13. Qual das afirmações está correta?**

- ☐ As ferramentas de avaliação do risco identificam todos os doentes de alto risco que necessitam de prevenção.
- ☐ A utilização de escalas de avaliação do risco reduz o custo da prevenção.
- ☐ Uma escala de avaliação do risco poderá não prever com precisão o risco de desenvolver uma úlcera de pressão e deverá ser combinada com uma avaliação clínica.

**14. Qual das afirmações está correta?**

- ☐ O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão deve ser avaliado diariamente em todos os pacientes de enfermagem no domicílio.
- ☐ Deve ser utilizados pensos de espuma para minimizar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.
- ☐ Um doente com um historial de úlceras de pressão corre um risco maior de desenvolvimento de novas úlceras de pressão.

**15. Qual das afirmações está correta?**

- ☐ A má nutrição provoca úlceras de pressão.
- ☐ A utilização de suplementos nutricionais pode substituir medidas preventivas dispendiosas.
- ☐ A optimização da nutrição pode melhorar o estado físico geral dos doentes, o que pode contribuir para uma redução do risco de úlceras de pressão.

**16. Os doentes com um mau estado nutricional apresentam um maior risco de desenvolvimento de úlceras de pressão porque:**

- ☐ A má nutrição coincide frequentemente com outros fatores, como atividade restrita e movimentos espontâneos limitados.
- ☐ A deficiência de proteínas estimula o desenvolvimento de úlceras de pressão.
- ☐ A deficiência de vitaminas e de zinco estimula o desenvolvimento de úlceras de pressão.

**17. A posição sentada com a menor pressão de contacto entre o corpo e o assento é:**

- ☐ Uma posição sentada direita, com ambos os pés num apoio para pés.
- ☐ Uma posição sentada direita, com ambos os pés no chão.
- ☐ Uma posição sentada inclinada para trás, com ambas as pernas num apoio para pés.

**18. Que esquema de reposicionamento mais reduz o risco de úlcera de pressão?**

- ☐ Posição supina - lado em posição lateral de 90° - posição supina - posição lateral de 90° - posição supina -...
- ☐ Posição supina - lado em posição lateral de 30° - lado em posição lateral de 30° - posição supina - ...
- ☐ Posição supina - lado em posição lateral de 30° - posição sentada - posição lateral de 30° - posição supina -...

**19. Qual das afirmações está correta?**

- ☐ Deve ensinar-se aos doentes capazes de mudar de posição, a alterarem a incidência do seu peso a cada 60 minutos, no mínimo, enquanto estiverem sentados numa cadeira.
- ☐ N uma posição deitada lateral, o paciente deverá encontrar-se num ângulo de 90 graus com a cama.
- ☐ As forças de torção afetam o sacro ao máximo quando a cabeceira da cama se encontra posicionada nos 30°.

**20. Se um doente estiver a escorregar numa cadeira, a magnitude da pressão no assento pode ser mais reduzida através de:**

- ☐ Uma almofada de ar espessa.
- ☐ Uma almofada de espuma em forma de argola.
- ☐ Uma almofada de gel.

**21. Qual das afirmações está correta?**

- ☐ As almofadas em argola ou anel deveriam ser utilizadas para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira.
- ☐ Uma almofada de ar espessa deveria ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira.
- ☐ Uma almofada de espuma visco-elástica deve ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira.

**22. Num doente com risco de desenvolver uma úlcera de pressão, um colchão de espuma viscoelástica...**

- ☐ Reduz suficientemente a pressão e não necessita de ser combinado com reposicionamento.
- ☐ Necessita de ser combinado com reposicionamento a cada 2 horas.
- ☐ Necessita de ser combinado com reposicionamento a cada 4 horas.

**23. Uma desvantagem de um colchão de água assenta em:**

- ☐ A força de torção nas nádegas aumenta.
- ☐ A pressão nos calcanhares aumenta.
- ☐ Os pequenos movimentos corporais espontâneos são reduzidos.

**24. Quando um doente está deitado num colchão de espuma redutor de pressão:**

- ☐ A elevação dos calcanhares não é necessária.
- ☐ A elevação dos calcanhares é importante.
- ☐ Deve ser despistada a ocorrência de afundamento (bottoming out), pelo menos duas vezes por dia.

**25. O reposicionamento é um método preventivo preciso porque...**

- ☐ A magnitude da pressão e da força de torção serão reduzidas.

- ☐ A quantidade e duração da pressão e da força de torção serão reduzidas.
- ☐ A duração da pressão e da força de torção serão reduzidas.

**26. Serão menos os doentes a desenvolverem uma úlcera de pressão se...**

- ☐ Forem providenciados suplementos alimentares.
- ☐ As áreas em risco forem massajadas.
- ☐ Se mobilizarem os pacientes.

**27. Qual das seguintes afirmações está correta?**

- ☐ Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de espuma não redutor de pressão deverão ser reposicionados a cada duas horas.
- ☐ Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de ar alternado deveriam ser reposicionados a cada 4 horas.
- ☐ Os doentes em risco, que estejam deitados num colchão de espuma visco-elástica deveriam ser reposicionados a cada 2 horas.

**28. Quando um doente está deitado num colchão de ar de pressão alternada, a prevenção de úlceras de pressão nos calcanhares inclui:**

- ☐ Nenhuma medida preventiva específica.
- ☐ Uma almofada redutora da pressão sob os calcanhares.
- ☐ Uma almofada sob as pernas elevando os calcanhares.

**29. Se um doente acamado não puder ser reposicionado, a forma de prevenção de úlceras de pressão mais apropriada é:**

- ☐ Um colchão de espuma de redistribuição de pressão.
- ☐ Um colchão de ar de pressão alternada.
- ☐ Tratamento local das áreas de risco com pomada de óxido de zinco.

*Muito obrigada pela colaboração!*

## Anexo D – Questionário de avaliação de satisfação da formação

# Questionário de avaliação de Satisfação da Formação



## I. Ação de Formação

Curso:		Data de início		Data de fim	
Módulo (quando aplicável):					

Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 4 (assinalando com um X), sendo que:  
1 - Discordo Totalmente \* 2 - Discordo \* 3 - Concordo \* 4 - Concordo Totalmente

## II. Avaliação Global

	1	2	3	4
1. Os objetivos da formação foram claros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os conteúdos foram adequados aos objetivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os trabalhos, Exercícios e actividades foram suficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A duração da ação / formação foi adequada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O relacionamento entre os participantes foi positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. As instalações foram adequadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os meios audiovisuais foram adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A documentação foi suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. O apoio administrativo e técnico pedagógico foi o adequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## III. Avaliação do Impacto da Formação

	1	2	3	4
1. Esta ação de formação permitiu adquirir novos conhecimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os conhecimentos adquiridos são uteis para o exercício das minhas funções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir para o meu desenvolvimento profissional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## IV. Avaliação dos Formadores

Coloque um X no nº que melhor corresponde à sua avaliação

Formadores:

1. O formador revelou dominar o assunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A metodologia utilizada foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A exposição dos assuntos foi clara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A relação estabelecida com os formandos foi positiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## V. Sugestões/Críticas

1. O que considerou mais útil na formação:	
2. Que temas gostaria de ver mais desenvolvidos:	
3. Sugestões de melhoria:	

## VI. Grupo Profissional

Auxiliar <input type="checkbox"/>	Administrativo(a) <input type="checkbox"/>	Enfermeiro(a) <input type="checkbox"/>	Médico(a) <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
Técnico(a) de Diagnóstico e Terapêutica <input type="checkbox"/>	Técnico(a) Superior de Saúde <input type="checkbox"/>	Técnico(a) Superior <input type="checkbox"/>	Dirigente <input type="checkbox"/>	

Nome (facultativo):

Data:



## **APÊNDICES**

## Apêndice A – Questionário e escalas utilizadas (APU-PT e PUKAT)

# Questionário



Instituto Politécnico de Viana do Castelo  
Escola Superior  
de Saúde

Código \_ \_

## Parte I- Caraterização da Equipe

De acordo com a sua situação, assinale com um X.

### 1-Dados Pessoais

#### 1.1- Sexo

Feminino [ ]                      Masculino [ ]

#### 1.2 - Idade

Inferior a 30 anos [ ]

31 a 40 anos [ ]

41 a 50 anos [ ]

Superior a 51 anos [ ]

### 2- Habilitações Académicas

#### 2.1- Formação inicial

Curso de Enfermagem Geral [ ]

Bacharelato [ ]

Licenciatura [ ]

#### 2.2- Formação Complementar

Especialidade em Enfermagem [ ] Qual? \_\_\_\_\_

Pós Graduação em enfermagem [ ] Qual? \_\_\_\_\_

Mestrado [ ]                      Qual? \_\_\_\_\_

Doutoramento [ ]                      Qual? \_\_\_\_\_

### 3- Experiência Profissional

Anos de serviço como enfermeiro \_\_\_\_\_

Anos de serviço na UCIP \_\_\_\_\_

## Parte II- Formação na Área da Prevenção da Úlcera de pressão

Tendo em conta o nível de formação que possui na área das intervenções de enfermagem na prevenção da Úlcera de pressão, assinale com um X as respostas que mais se coadunam com a sua situação:

**1-Considera que os seus conhecimentos na área da prevenção da Úlcera de pressão são:**

Suficientes [ ]      Insuficientes [ ]

**2- Tem formação na área da prevenção da Úlcera de pressão?**

Sim [ ]      Não [ ]

2.1- Se respondeu Sim, onde adquiriu essa formação?

Formação em Serviço [ ]      Seminários [ ]      Congressos de enfermagem [ ]

Outros [ ]

2.1.1 Se respondeu outros, refira em que contexto: \_\_\_\_\_

**3- Quando foi a última vez que teve formação na área da prevenção de Úlceras por Pressão?**

No último ano [ ]      Nos últimos 3 anos [ ]      Há mais de 3 anos [ ]

**4- Conhece as *guidelines* emitidas pela National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel e Pan Pacific Pressure Injury Alliance no que se refere à prevenção da Úlcera de pressão?**

Sim [ ]      Não [ ]

## Parte III- Instrumento de Avaliação de Atitudes perante Úlceras de Pressão (APU)

(Beeckmen [et al.], 2010)

(Versão traduzida e validada por Margarida Baptista, 2012)

Nesta escala deverá responder a cada afirmação, classificando a sua opinião entre o “Concordo Bastante” e o “Discordo Bastante”.

A minha opinião é que:	Concordo Bastante	Concordo	Discordo	Discordo Bastante
1- Os doentes podem morrer devido a uma úlcera de pressão.				
2- Cada úlcera de pressão é uma úlcera a mais.				
3- As úlceras de pressão raramente são inconvenientes para os doentes.				
4- O impacto das úlceras de pressão nos doentes não deve ser exagerado.				
5- Uma prevenção adequada das úlceras de pressão reduz os custos.				

6- A sociedade subestima o custo real das úlceras de pressão.				
7- O impacto financeiro das úlceras de pressão na sociedade não deve ser subestimado.				
8- O custo da prevenção das úlceras de pressão não é proporcional à seriedade das úlceras de pressão. A Prevenção é demasiado dispendiosa.				
9- A administração deve desempenhar um papel importante no desenvolvimento de protocolos de prevenção de úlceras de pressão.				
10- A prevenção de úlceras de pressão deve ser uma prioridade para os enfermeiros.				
11- Não tenho tempo disponível suficiente para prevenir de forma adequada as úlceras de pressão.				
12- A política da administração não tem impacto na prevenção de úlceras de pressão.				
13- Demasiados doentes desenvolvem úlceras de pressão no meu serviço.				
14- A prevenção de úlceras de pressão deveria ser uma prioridade.				
15- É dedicada demasiada atenção às úlceras de pressão.				
16- A prevenção das úlceras de pressão é alvo de demasiada atenção.				
17- Se os meus doentes desenvolverem uma úlcera de pressão, sinto que sou responsável pelo facto.				
18- A minha contribuição é importante para a prevenção de úlceras de pressão.				
19- O principal responsável pela prevenção de úlceras de pressão é o médico assistente.				
20- Os doentes da minha enfermaria nunca desenvolvem úlceras de pressão. Estas já existem quando são admitidos.				
21- Tenho boa formação em cuidados preventivos de úlceras de pressão. Eu sei o que faço.				
22- É importante aprender novas perspetivas sobre prevenção de úlceras de pressão.				
23- A informação adicional não melhora a prevenção de úlceras de pressão.				
24- É esperado demasiado de mim no que respeita à prevenção de úlceras de pressão.				
25- Sou capaz de prestar cuidados preventivos de UP adequados.				
26- Tenho competências suficientes para implementar medidas preventivas de úlceras de pressão.				
27- A prevenção de úlceras de pressão não é uma tarefa fácil; a este respeito, os outros prestadores de cuidados são mais capazes do que eu.				
28- Sou incapaz de prestar cuidados preventivos adequados de úlceras de pressão.				
29- Se existir uma boa prevenção, a maioria das úlceras de pressão podem ser evitadas.				
30- Muitas úlceras de pressão podem ser evitadas se se utilizar um protocolo de prevenção.				
31- No caso de doentes com elevada propensão para úlceras de pressão, o desenvolvimento de úlcera de pressão é geralmente inevitável.				
32- As úlceras de pressão quase nunca são evitáveis.				

#### **Parte IV- Pressure Ulcers Knowledge Assessment Tool (PUKAT)**

(Escala traduzida para português por Batista (2012))

##### **1. Qual das afirmações está correta?**

- ☐ A má nutrição provoca úlceras de pressão
- ☐ Uma falta de oxigénio provoca úlceras de pressão
- ☐ A humidade provoca úlceras de pressão

##### **2. Doentes extremamente magros correm maior risco de desenvolver úlceras de pressão do que pacientes obesos.**

- ☐ Correto. A área de contacto envolvida é pequena e, portanto, a quantidade de pressão é superior.
- ☐ Incorreto. A pressão é menor porque o peso corporal desses pacientes é inferior ao peso corporal dos pacientes obesos.
- ☐ Incorreto. O risco de desenvolvimento de uma perturbação vascular é maior nos pacientes obesos. O que aumenta o risco de desenvolver uma úlcera de pressão

##### **3. O que acontece quando um doente, sentado numa posição semi-sentada (60°), escorrega?**

- ☐ A pressão aumenta quando a pele adere à superfície.
- ☐ A fricção aumenta quando a pele adere à superfície.
- ☐ A força de torção aumenta quando a pele adere à superfície.

##### **4. Qual das afirmações está correta?**

- ☐ O sabão pode desidratar a pele e, portanto, aumenta o risco de úlceras de pressão.
- ☐ A humidade devida à urina, fezes ou drenagem de feridas provoca úlceras de pressão.
- ☐ A força de torção ocorre quando o corpo desliza e a pele adere à superfície.

##### **5. Qual das afirmações está correta?**

- ☐ A perda de peso recente, que colocou um doente abaixo do seu peso ideal, aumenta o risco de úlceras de pressão.
- ☐ Doentes muito obesos que utilizem medicação para diminuir a circulação sanguínea periférica não correm risco de desenvolver úlceras de pressão.
- ☐ A má nutrição e a idade não têm impacto na tolerância dos tecidos quando o doente tem um peso normal.

##### **6. Qual das afirmações está correta?**

- ☐ Uma úlcera de pressão que se estenda até à fáscia é uma úlcera de pressão de categoria 3.

☐ Uma úlcera de pressão que se estenda através da fáscia subjacente é uma úlcera de pressão de categoria 3.

☐ Uma úlcera de pressão de categoria 3 é sempre precedida por uma úlcera de pressão de categoria 2.

**7. Qual das afirmações está correta?**

☐ Uma flictena no calcanhar de um paciente é sempre uma úlcera de pressão de categoria 2.

☐ Todas as categorias (1, 2, 3 e 4) de úlceras de pressão envolvem perda de camadas cutâneas.

☐ Quando ocorre necrose, trata-se de uma úlcera de pressão de categoria 3 ou categoria 4.

**8. Um doente desenvolve uma flictena devido a mover continuamente o calcanhar em cima dos lençóis. Qual das seguintes afirmações está correta?**

☐ A lesão cutânea é uma úlcera de pressão de categoria 1.

☐ A lesão cutânea é uma úlcera de pressão de categoria 2.

☐ A lesão cutânea não é uma úlcera de pressão.

**9. Qual das afirmações está correta?**

☐ Pode ocorrer fricção ou aplicação de força de torção ao mover um paciente na cama.

☐ Uma lesão superficial, precedida por um eritema não branqueável deve-se provavelmente a uma lesão de fricção.

☐ Uma úlcera geminada é provocada pela pressão e pela força de torção.

**10. Numa posição sentada, é mais provável que as úlceras se desenvolvam:**

☐ Na área pélvica, cotovelo e calcanhar.

☐ Joelho, tornozelo e anca.

☐ Anca, ombro e calcanhar.

**11. Qual das afirmações está correta?**

☐ Todos os doentes que corram risco de desenvolver úlceras de pressão deveriam ser alvo de inspeção cutânea sistemática uma vez por semana.

☐ A pele de doentes sentados numa cadeira, que não se possam mexer a si próprios, deveria ser inspecionada a cada duas a três horas.

☐ Os calcanhares de doentes deitados numa superfície que redistribua a pressão deveriam ser observados, no mínimo, uma vez por dia.

**12. NÃO existe uma relação entre o risco de úlcera de pressão e:**

☐ A idade

☐ A desidratação

☐ A hipertensão

**13. Qual das afirmações está correta?**

- ☐ As ferramentas de avaliação do risco identificam todos os doentes de alto risco que necessitam de prevenção.
- ☐ A utilização de escalas de avaliação do risco reduz o custo da prevenção.
- ☐ Uma escala de avaliação do risco poderá não prever com precisão o risco de desenvolver uma úlcera de pressão e deverá ser combinada com uma avaliação clínica.

**14. Qual das afirmações está correta?**

- ☐ O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão deve ser avaliado diariamente em todos os pacientes de enfermagem no domicílio.
- ☐ Deve ser utilizados pensos de espuma para minimizar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.
- ☐ Um doente com um historial de úlceras de pressão corre um risco maior de desenvolvimento de novas úlceras de pressão.

**15. Qual das afirmações está correta?**

- ☐ A má nutrição provoca úlceras de pressão.
- ☐ A utilização de suplementos nutricionais pode substituir medidas preventivas dispendiosas.
- ☐ A optimização da nutrição pode melhorar o estado físico geral dos doentes, o que pode contribuir para uma redução do risco de úlceras de pressão.

**16. Os doentes com um mau estado nutricional apresentam um maior risco de desenvolvimento de úlceras de pressão porque:**

- ☐ A má nutrição coincide frequentemente com outros fatores, como atividade restrita e movimentos espontâneos limitados.
- ☐ A deficiência de proteínas estimula o desenvolvimento de úlceras de pressão.
- ☐ A deficiência de vitaminas e de zinco estimula o desenvolvimento de úlceras de pressão.

**17. A posição sentada com a menor pressão de contacto entre o corpo e o assento é:**

- ☐ Uma posição sentada direita, com ambos os pés num apoio para pés.
- ☐ Uma posição sentada direita, com ambos os pés no chão.
- ☐ Uma posição sentada inclinada para trás, com ambas as pernas num apoio para pés.

**18. Que esquema de reposicionamento mais reduz o risco de úlcera de pressão?**

- ☐ Posição supina - lado em posição lateral de 90° - posição supina - posição lateral de 90° - posição supina -...
- ☐ Posição supina - lado em posição lateral de 30° - lado em posição lateral de 30° - posição supina - ...
- ☐ Posição supina - lado em posição lateral de 30° - posição sentada - posição lateral de 30° - posição supina -...



**19. Qual das afirmações está correta?**

- ☐ Deve ensinar-se aos doentes capazes de mudar de posição, a alterarem a incidência do seu peso a cada 60 minutos, no mínimo, enquanto estiverem sentados numa cadeira.
- ☐ N uma posição deitada lateral, o paciente deverá encontrar-se num ângulo de 90 graus com a cama.
- ☐ As forças de torção afetam o sacro ao máximo quando a cabeceira da cama se encontra posicionada nos 30°.

**20. Se um doente estiver a escorregar numa cadeira, a magnitude da pressão no assento pode ser mais reduzida através de:**

- ☐ Uma almofada de ar espessa.
- ☐ Uma almofada de espuma em forma de argola.
- ☐ Uma almofada de gel.

**21. Qual das afirmações está correta?**

- ☐ As almofadas em argola ou anel deveriam ser utilizadas para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira.
- ☐ Uma almofada de ar espessa deveria ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira.
- ☐ Uma almofada de espuma visco-elástica deve ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira.

**22. Num doente com risco de desenvolver uma úlcera de pressão, um colchão de espuma viscoelástica...**

- ☐ Reduz suficientemente a pressão e não necessita de ser combinado com reposicionamento.
- ☐ Necessita de ser combinado com reposicionamento a cada 2 horas.
- ☐ Necessita de ser combinado com reposicionamento a cada 4 horas.

**23. Uma desvantagem de um colchão de água assenta em:**

- ☐ A força de torção nas nádegas aumenta.
- ☐ A pressão nos calcanhares aumenta.
- ☐ Os pequenos movimentos corporais espontâneos são reduzidos.

**24. Quando um doente está deitado num colchão de espuma redutor de pressão:**

- ☐ A elevação dos calcanhares não é necessária.
- ☐ A elevação dos calcanhares é importante.
- ☐ Deve ser despistada a ocorrência de afundamento (bottoming out), pelo menos duas vezes por dia.

**25. O reposicionamento é um método preventivo preciso porque...**

- ☐ A magnitude da pressão e da força de torção serão reduzidas.

- ☐ A quantidade e duração da pressão e da força de torção serão reduzidas.
- ☐ A duração da pressão e da força de torção serão reduzidas.

**26. Serão menos os doentes a desenvolverem uma úlcera de pressão se...**

- ☐ Forem providenciados suplementos alimentares.
- ☐ As áreas em risco forem massajadas.
- ☐ Se mobilizarem os pacientes.

**27. Qual das seguintes afirmações está correta?**

- ☐ Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de espuma não redutor de pressão deverão ser reposicionados a cada duas horas.
- ☐ Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de ar alternado deveriam ser reposicionados a cada 4 horas.
- ☐ Os doentes em risco, que estejam deitados num colchão de espuma visco-elástica deveriam ser reposicionados a cada 2 horas.

**28. Quando um doente está deitado num colchão de ar de pressão alternada, a prevenção de úlceras de pressão nos calcanhares inclui:**

- ☐ Nenhuma medida preventiva específica.
- ☐ Uma almofada redutora da pressão sob os calcanhares.
- ☐ Uma almofada sob as pernas elevando os calcanhares.

**29. Se um doente acamado não puder ser reposicionado, a forma de prevenção de úlceras de pressão mais apropriada é:**

- ☐ Um colchão de espuma de redistribuição de pressão.
- ☐ Um colchão de ar de pressão alternada.
- ☐ Tratamento local das áreas de risco com pomada de óxido de zinco.

*Muito obrigada pela colaboração!*

## Apêndice B – Grelha de Observação

## Cuidados de enfermagem na prevenção de úlceras de pressão

Código\_ \_

Pré ação educacional ( ) Pós ação educacional ( )

Cuidados de enfermagem	Sim	Não	Não se aplica
1- Escolha da superfície de apoio e seu correto posicionamento, na admissão do utente			
2- Reposicionamento do doente no timing adequado, atendendo à sua condição física e à superfície de apoio utilizada (1)			
3- Aquando a admissão do doente, realizada avaliação estruturada do risco (através da Escala de Braden) com a maior brevidade possível, com registo no processo clínico, dentro de um prazo máximo de oito horas.			
4-Realizada avaliação estruturada do risco diariamente.			
5-Realizada a avaliação completa da pele e sinais de úlcera por pressão, dentro de um prazo máximo de oito horas após a admissão do doente.			
6-Realizada a avaliação completa da pele e sinais de úlcera de pressão 2x no turno.			
7-Relativamente aos cuidados de prevenção de UP associados a dispositivos médicos:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Colar cervical:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigiar a pele pelo menos 2x no turno,</li> <li>- Trocar o colar cervical 1x no turno;</li> <li>- Cuidados com a pele, nomeadamente manter a pele seca;</li> </ul> </li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Máscara facial/full face utilizadas na Ventilação Não Invasiva (VNI):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quando VNI contínua alternar máscara facial com full face;</li> <li>- Quando a utilização de apenas uma máscara, utilizar penso de proteção (penso de poliuretano);</li> </ul> </li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>SNG- troca do ponto de pressão 1x no turno</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Algália- posicionamento da mesma para o lado do decúbito (em doentes com contra indicação para posicionar, alternância do posicionamento, pelo menos 3/3 horas)</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tubo endotraqueal- alternância de posição pelo menos 1x turno</li> </ul>			
8-Aplicar creme hidratante pelo menos 1 vez no turno de 12 horas.			
9-Aplicar ácidos gordos nos locais sujeitos a pressão pelo menos 1x no turno de 12 horas.			
10- Proteger a pele da exposição à humidade excessiva através do uso de produtos de barreira.			
11-Manutenção da pele seca (2)			
12- Higiene íntima sem fricção			
13- Massajar zonas sujeitas a pressão aquando a aplicação de creme hidratante ou ácidos gordos.			

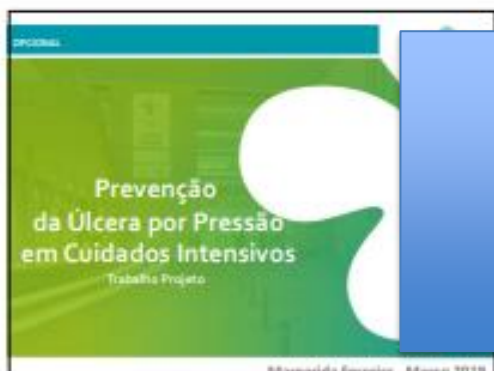
(1) - Se doente com baixo risco de UP- Posicionamento de 3/3 horas

Se doente com alto risco de UP e com colchão de espuma – posicionamento de 2/2 horas

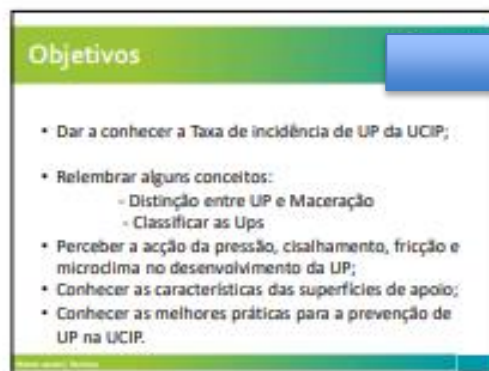
Se doente com alto risco de UP e com colchão viscoelástico- posicionamento entre 2 a 3 horas.

(2) - Refere-se à troca de roupa de cama e fralda descartável quando húmidas.

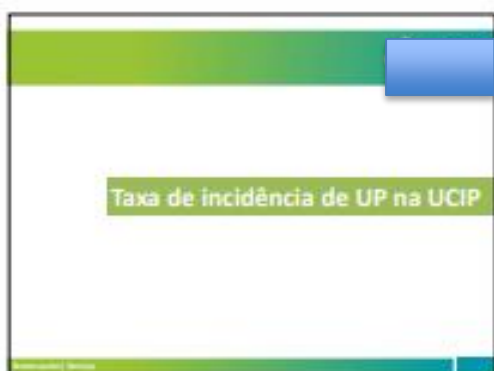
## Apêndice C – Formação “Prevenção da Úlcera por Pressão em Cuidados Intensivos”



1



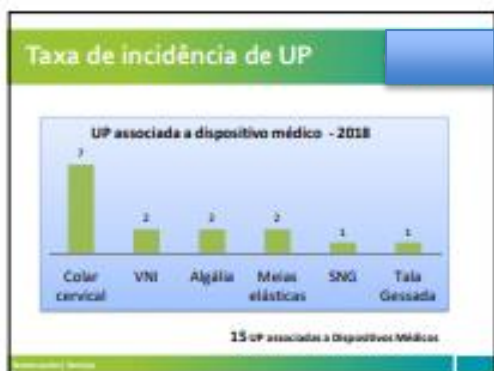
2



3



4



5



6

### Prevenção de UP em UCI



Prevenção de UP em Cuidados Intensivos-  
Contributos do Enfermeiro de Reabilitação  
*Trabalho projeto*



7

### Prevenção de UP em UCI



8

### Prevenção de UP em UCI



28% dos enfermeiros da UCIP conhecem as Guidelines

9

Prevenção da UP na UCIP:  
Pressure Ulcers Knowledge Assessment

Área de conhecimento	% respostas positivas
Métodos preventivos: redução da quantidade de gusmos e torças de torção	32,0%
Classificação e Observação	56,1%
Métodos preventivos: redução da duração da gusmo e das torças de torção	58,0%
História da UP	64%
Nutrição	70,0%
Avaliação de Risco	84,4%

10

### Definição UP



Sergio A. Vucelja · Karim M. Elmaghrabi · N. L.

12

## DIETAS DE PREDAÇÃO E NUTRIÇÃO

11

## Definição UP

"Lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente **irreversivelmente** causada ou potencialmente causada, em resultado do contato ou de uma compressão entre esta e forças de tração. As úlceras por pressão também estão associadas a vários fatores contribuintes ou de contexto, cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido"

WoundsUK/PPWS, 2012

"Dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão ocular e perfusão inadequada"

OPN versão 2012

13

## Definição Maceração

"As lesões por humidade / macerações são lesões cutâneas e não são causadas por pressão e/ou forças de deslocamento"

WoundsUK/PPWS, 2012

"Necrose extensa do tecido de revestimento da superfície do corpo associada à presença continuada humidade e de pele inchada."

OPN versão 2012

**UP e Macerações são facilmente confundidas!!!!**

14

15

Avaliar quanto à causa, localização, forma, profundidade, extensão, e/ou dor, se:

	UP	Maceração
<b>CAUSA</b>	Lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente causada ou potencialmente causada, em resultado do contato ou de uma compressão entre esta e forças de tração.	Maceração causada por humidade (ex: suor, urina, fezes, lágrimas, saliva, secreções cutâneas).
<b>LOCALIZAÇÃO</b>	Uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, associada a uma compressão ou a uma tração.	Uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, associada a uma compressão ou a uma tração, mas não a uma compressão ou a uma tração.
<b>FORMA</b>	Lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, associada a uma compressão ou a uma tração, com uma forma regular (ex: oval, retangular, etc.).	Lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, associada a uma compressão ou a uma tração, com uma forma irregular (ex: oval, retangular, etc.).
<b>PROFUNDIDADE</b>	Lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, associada a uma compressão ou a uma tração, com uma profundidade variável (ex: superficial, profunda, etc.).	Lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, associada a uma compressão ou a uma tração, com uma profundidade variável (ex: superficial, profunda, etc.).

16

**lesão cutânea**

Lesão cutânea devido à remoção do adesivo

Lesão por humidade

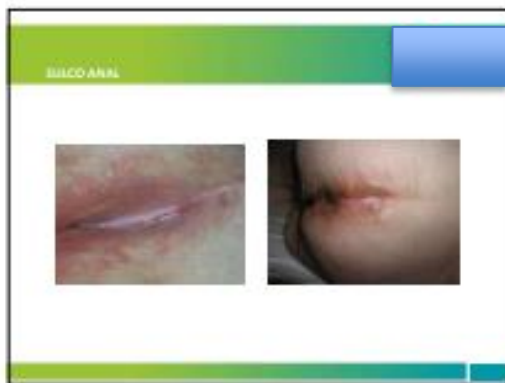
Úlcera de pressão causada pelo cateter

17

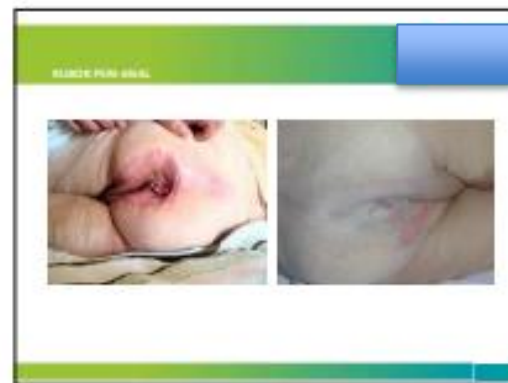
**PROFUNDIDADE DAS LESÕES**

18

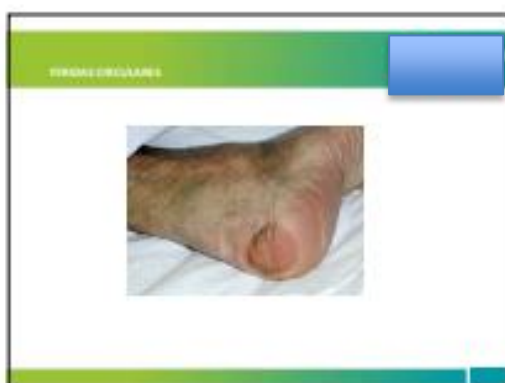




19



20



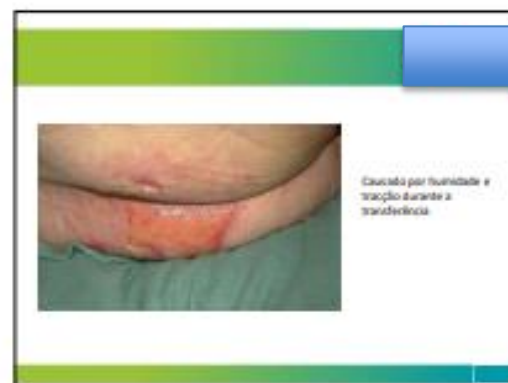
21



22



23



24





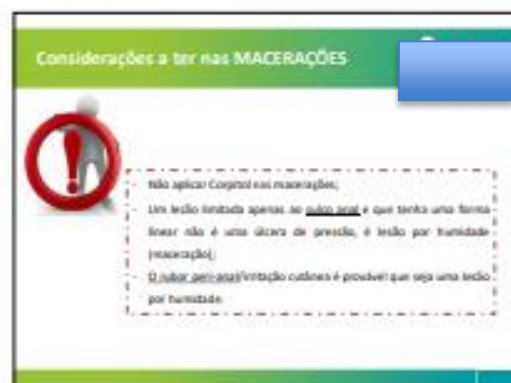
31



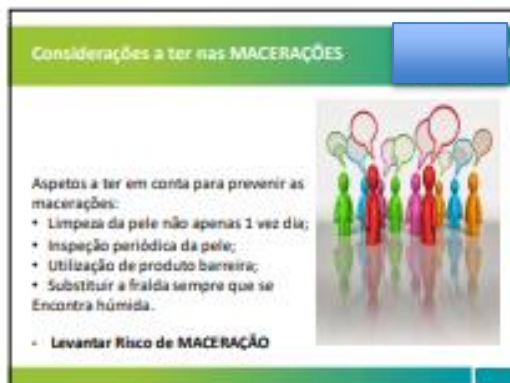
32



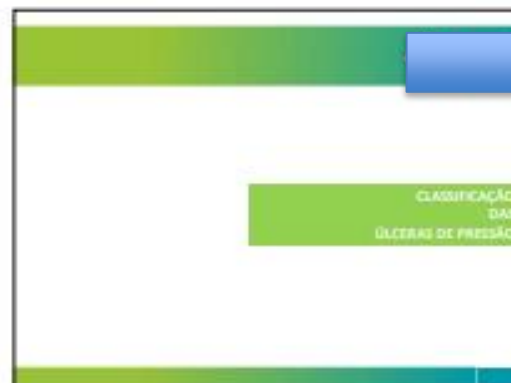
33



34



35



36

### Classificação UP

**Categoria I - Irritação não tranqüilizada**  
Irritação não tranqüilizada em pele intacta.

**Categoria II - Perda Parcial da Espessura da Pele**  
Perda parcial da espessura da pele que se apresenta como uma ferida superficial com leito vascularizado - não tem tecido devitalizado ou esfacelado. Pode também apresentar-se como fissura fechada ou aberta preenchida por líquido seroso.

**Categoria III - Perda Total da Espessura da Pele**  
Perda total da espessura da pele. O tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas os ossos, tendões ou músculos não estão expostos.

**Categoria IV - Perda total da espessura dos tecidos**  
Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, alto tendão ou alto músculo, em alguma parte do leito da ferida, pode aparecer tecido devitalizado.

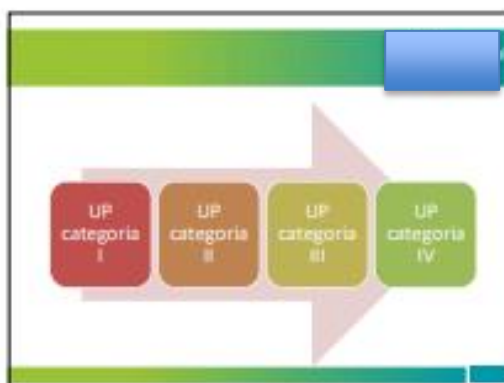
37

### Classificação UP

**Não graduável/Indefinível: Profundidade Indeterminada**  
Perda total da espessura dos tecidos, na qual a base da ulcera está coberta por tecido devitalizado (fibrinoso, acromatizado, coagulado, verde ou castanho) e/ou necrótico (fibrinoso escuro, coagulado ou preto) no leito da ferida, por que seja retido tecido devitalizado e/ou necrótico suficiente para esconder a base da ferida, a extensão profundidade e, por consequente, a extensão Categoria/ Grau, não podem ser determinados.

**Suspeita de lesão nos tecidos profundos: Profundidade Indeterminada**  
Área vermelha escura ou púrpura localizada em pele intacta e devitalizada ou fibrina preenchida com sangue, provocada por danos ao tecido mole subjacente resultantes de pressão e/ou cisalhamento. A área pode estar rodeada por tecido doloroso, firme, mole, húmido, mais quente ou mais frio comparativamente ao tecido adjacente.

38



39

### Distinção UP/Maceração

**Classificação**

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100

**Explicação**

**CAUSAS**  
Pressão

**LOCALIZAÇÃO**  
Local de pressão (borda, centro)

**FORMA**  
Circular, oval, irregular

**PROFUNDIDADE**  
Superficial, profunda

**NECROSE**  
Ausência de necrose

**BOBINA**  
Bordas arredondadas

**COLORAÇÃO**  
Vermelho no leito da ferida - Bordas hiperemáticas, brancas - Vermelho escuro, amarelo

40

### Distinção UP/Maceração

**Classificação**

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100

**Explicação**

**CAUSAS**  
Pressão (frotamento, fricção)

**LOCALIZAÇÃO**  
Local de pressão (borda, centro)

**FORMA**  
Circular, oval, irregular

**PROFUNDIDADE**  
Superficial, profunda

**NECROSE**  
Ausência de necrose

**BOBINA**  
Bordas arredondadas

**COLORAÇÃO**  
Vermelho no leito da ferida - Bordas hiperemáticas, brancas - Vermelho escuro, amarelo

41

### Distinção UP/Maceração

**Classificação**

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100

**Explicação**

**CAUSAS**  
Pressão

**LOCALIZAÇÃO**  
Local de pressão (borda, centro)

**FORMA**  
Circular, oval, irregular

**PROFUNDIDADE**  
Superficial, profunda

**NECROSE**  
Ausência de necrose

**BOBINA**  
Bordas arredondadas

**COLORAÇÃO**  
Vermelho no leito da ferida - Bordas hiperemáticas, brancas - Vermelho escuro, amarelo

42

## Distinguição UP/Maceração

**Características**

- 1) Não Afeta a pele

2) Não é doloroso
- 3) Não é doloroso

4) Não é doloroso
- 5) Não é doloroso

6) Não é doloroso

**Exatidão**

1) Não é doloroso

2) Não é doloroso

**Exatidão**

- 1) Não é doloroso
- 2) Não é doloroso

**Exatidão**

1) Não é doloroso

2) Não é doloroso



**Exatidão**

- 1) Não é doloroso
- 2) Não é doloroso

**Exatidão**

1) Não é doloroso

2) Não é doloroso

**Distinção UP/Maceração**

**Lesão Combinada**





**Atenção!**



Não esquecer de, quando do levantamento do diagnóstico de uma doença de zoonose ou processo de enfermagem do E-Singus também, deve ser feita a registo no ficheiro, fácil presente no ambiente de trabalho dos computadores de enfermagem.



Atenção: Registo ZIP

feridasucip@hospitaldebraga.pt

Questões	Respostas
Qual das alternativas está correta?	Linha 12P que se estende até à linha 6 da categoria 2. <b>43,5%</b>
	Linha 12P que se estende até à linha 6 da categoria 2. <b>9,4%</b>
	Linha 12P da categoria 2 a sempre precedida por 12P da categoria 2. <b>40,9%</b>

Opção	Porcentagem
A. Não sei qual é a categoria 1	25%
B. Não sei qual é a categoria 2	0,4%
C. Não sei qual é a categoria 1 e a categoria 2	62,5%



Qual das afirmações está correta?

Se a LPF incidir sobre o lucro da sociedade limitada,

o lucro da sociedade limitada, antes de ser pago, LPF da sociedade é

incidência 0

Uma filial na qual não há uma pessoa física sempre com LPF da categoria 2

9,00%
55,00%
21,00%





49



50



51



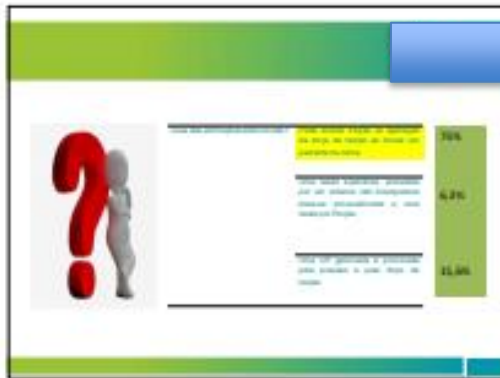
52



53



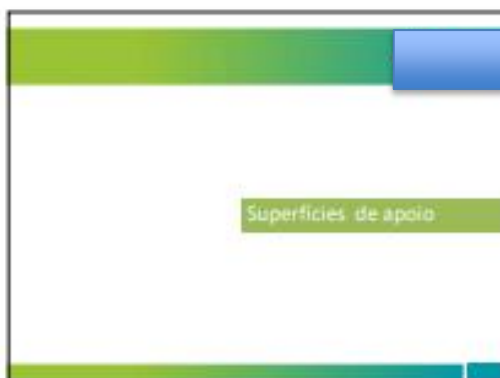
54



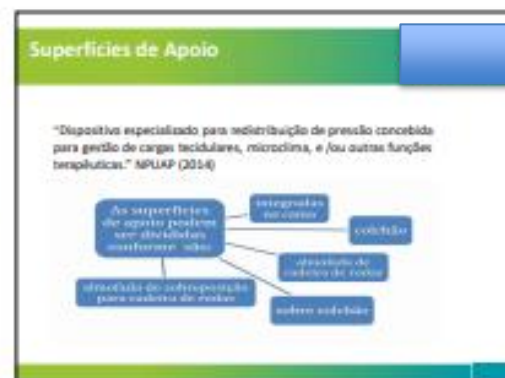
55



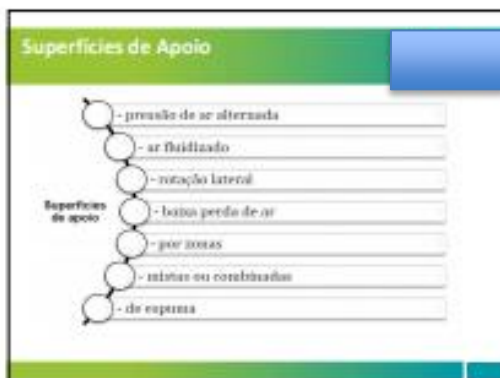
56



57



58



59



60

Minimizar os efeitos da Pressão, Cisalhamento, Fricção e Microclima

Principais propriedades das Superfícies de Apoio:

- Imersão
- Envolvimento

61

Superfícies de Apoio

62

Superfícies de Apoio: verificação antes do uso

"The Mount Vernon Test" – testa a condição do colchão de espuma /viscoelástico

63

Superfícies de Apoio

64

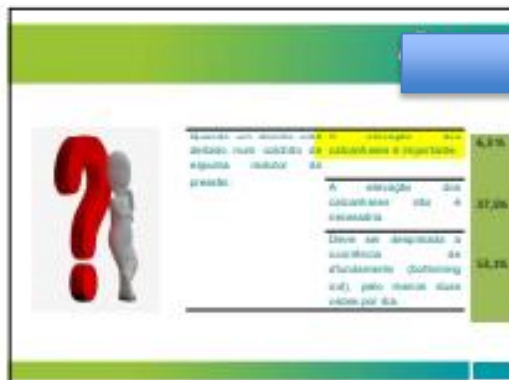
Superfícies de Apoio

65

Superfícies de Apoio

66





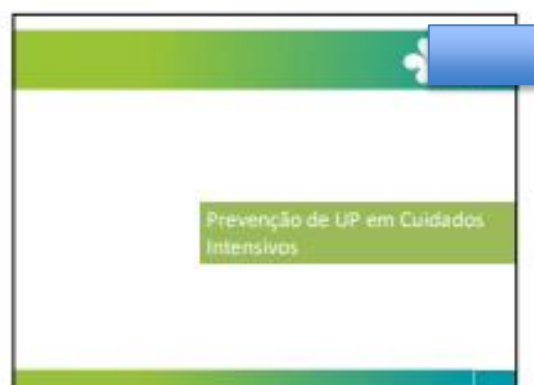
67



68



69



70



71



72



73

Prevenção de UP em Cuidados Intensivos

**TOT**

- Substituir a posição do tubo pelo menos duas vezes no turno, avaliando a integridade da mucosa;
- Utilizar o sistema de suspensão das traqueias.

**Máscaras de VNI/ Ventimask**

- Higienizar a pele frequentemente;
- Molhar a pele (Cepital);
- Utilizar Placa de Allevyn/Tira de alívio;
- Fixar a Placa Hidrocolóide;
- Higienizar orelhas e nariz;

\*Mantém a pele seca, evita o uso de produtos com perfume ou álcool, evita o uso de produtos com óleo.

74



75

Prevenção de UP em Cuidados Intensivos

**Compressão Venosa Intermitente**

- Utilizar proteção nos pontos mais críticos;
- No turno fazer uma interrupção, se não existir contra-indicação;
- Doente edemaciados. ⚠

**Algália**

- Trocar a posição do debilitmetro em todos os posicionamentos;
- Doentes edemaciados e com monitorização da PA; ⚠
- Promover a higiene do meato.

76



77

Prevenção de UP em Cuidados Intensivos

**Colar Cervical**


- Visualizar a pele subjacente e em redor do colar pelo menos duas vezes no dia;
- Tamanho do colar adequada;
- Evitar em doente sedado, ou que ainda não reage;
- Utilizar um penso de proteção (Allevyn) nas zonas de maior pressão;
- Manter a pele seca.

78

Prevenção de UP em Cuidados Intensivos

**SNG**

- Ponderar necessidade de SNG em detrimento de SGO;
- Quando sonda fixa ao nariz, substituir o adesivo duas vezes ao dia, alterando pontos de fixação;
- Quando sonda fixa ao TCE, proteger a narina;
- Sonda de grande calibre para drenagem, preferir SGO.



79

Prevenção de UP em Cuidados Intensivos



80

Srs. Enfermeiros, se possível sondas pelo nariz só as de fêixa ou de silicone



Nota: Quando as sondas são fixadas, se possível, elas devem ser substituídas por outras novas.

81

Prevenção de UP associadas a dispositivos médicos

**Doente TCE – Com indicação para não lateralizar**

- Inspeccionar o dano 2 vezes/dia;
- Hidratação da pele com creme hidratante (qbt), aplicação de Corplus;
- Aplicação de Allevyn Life para proteção da sacro;
- Massagear????
- Alternar almofedas, incluindo a da cabeça entre posicionamentos;
- Substituir a frota pela celulose grande quando ainda não iniciou dejetos;
- Ponderar a elevação da cabeceira a mais de 30°.

82



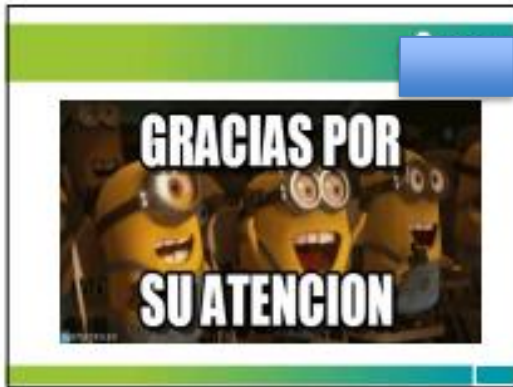
83

Universal Pressure Ulcer Prevention Bundle with WOC Nurse Support



Copyright © 2014 WOCN Society, Inc. All rights reserved. This document is for personal use only. No part of this document may be reproduced without written permission from the WOCN Society, Inc. For more information, contact the WOCN Society, Inc. at 1-800-368-7368 or www.wocnsociety.org.

84



85



86

## Apêndice D – Consentimento Informado



## **CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR EM INVESTIGAÇÃO – De acordo com a Declaração de Helsínquia**

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, solicite mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar o presente documento.*

Margarida Maria Figueiredo Ferreira, aluna do V Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, vem por este meio solicitar a vossa colaboração, no sentido de poder realizar recolha de dados para fins de investigação tendo como intuito desenvolver um projeto denominado **Prevenção de Úlceras de Pressão- Contributos da Enfermagem de Reabilitação**.

A Úlcera por Pressão (UP) é um indicador da qualidade dos cuidados e da segurança do doente e é indicada como um dos objetivos estratégicos delineados pelo Ministério da Saúde, no Plano Nacional para a Segurança dos Pessoas 2015-2020, como resposta a orientações europeias sobre segurança no sistema de saúde.

Em 2008, o desenvolvimento de UP em pessoas hospitalizados, foi considerado um acontecimento adverso nos Estados Unidos. O Federal Center for Medicare and Medicaid Services deixou de reembolsar hospitais cujas pessoas tivessem adquirido UP categoria III e IV no hospital. Provavelmente, tal facto, levou ao aumento exponencial da investigação na área da prevenção da UP (Cox e Schallom, 2017).

Para a realização deste estudo, os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do [ ] preencherão um questionário que se encontra dividido em três partes: na primeira parte pretende-se caracterizar a equipe de enfermagem relativamente à sua situação profissional e académica e na segunda e terceira parte para identificar o nível de conhecimentos dos enfermeiros na área da Prevenção de Úlceras por Pressão. Será também preenchida pelo investigador uma grelha de observação onde se registam as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na prevenção da úlcera por pressão.

Os dados recolhidos serão obtidos num ambiente com privacidade e tratados de modo anónimo, confidencial e exclusivo. Os resultados posteriormente divulgados serão sempre sob a forma de um número e nunca de forma individual, capaz de identificar os participantes desta investigação.

A escolha de participar ou não neste estudo é voluntária, podendo decidir abandonar esta investigação a qualquer momento, sem que isso o prejudique na sua relação com os pares e /ou outros profissionais ou lhe traga qualquer inconveniente quer a nível pessoal, quer a nível profissional.

Mais informo que o estudo teve o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do [REDACTED] e da Comissão Científica e Pedagógica do referido Mestrado.

Os aspetos éticos e deontológicos, serão assegurados, assumindo o compromisso de devolver no final do estudo, os resultados obtidos no decorrer da investigação.

Se tiver alguma questão, não hesite em contactar Margarida Maria Figueiredo Ferreira via telemóvel (913464316) ou via e-mail [ferreira-margarida@live.com.pt](mailto:ferreira-margarida@live.com.pt)

Muito obrigada pela sua colaboração,

---

(Margarida Maria Figueiredo Ferreira)

-----

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida possibilidade de, em qualquer momento altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: ..... Assinatura:  
.....

Data: ..... / ..... / .....

Nota: Este documento é composto de 2 páginas e feito em duplicado: uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente.